



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



RECURSOS PESSOAIS E BEM-ESTAR NOS ADOLESCENTES PORTUGUESES: AUTOPERCEÇÃO, LAZER E ATIVIDADE FÍSICA

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Doutor em
Ciências de Educação, Especialidade Educação para a Saúde

Juri:

Presidente

Reitor da Universidade Técnica de Lisboa

Vogais

Doutora Isabel Maria Costa Soares

Doutora Maria Leonor Frazão Moniz Pereira da Silva

Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos

Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz

Doutora Maria del Carmen Moreno Rodríguez

Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Orientador:

Professora Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos

Coorientador:

Professor Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz

António Rodrigues Borges da Silva

2012

LISBOA

Com o apoio:

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

A mar,
profundo, imprevisível, imenso, desafiante,
na linha do infinito...

Posso ter defeitos,
viver ansioso e ficar irritado algumas vezes,
mas não esqueço que a minha vida
é a maior empresa do mundo
e que posso evitar que ela vá à falência.

Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver,
apesar de todos os desafios,
incompreensões e períodos de crise.

Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas
e tornar-se um autor da própria história.
É atravessar desertos fora de si,
mas ser capaz de encontrar um oásis
no recôndito da sua alma.
É agradecer a Deus cada manhã
pelo milagre da vida.

Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos.
É saber falar de si mesmo.
É ter coragem para ouvir um “não”.
É ter segurança para receber uma crítica,
mesmo que injusta.
Pedras no caminho?
Guardo todas; um dia vou construir um castelo.

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Sou eternamente grato...

há tanto que me ultrapassa, há tanto que não conheço, há tanto que não controlo, há tanto que não percebo, há tanto que me desafia...

há tantas perguntas sem respostas, há tantas respostas em aberto...

há tantas pessoas desafiantes, há tantas pessoas...

há um imenso mar que me permite navegar...

há tanto de belo que é possível ajudar a acontecer...

há tanto que o coração sente e a mente sabe e que jamais conseguirei colocar em palavras escritas ou ditas...

Obrigado à Fonte de águas salubres...

Obrigado à qualidade dos contextos que me orientaram e estimularam a caminhar saudavelmente... Um sublinhado para os meus pais e para as minhas famílias... Um destaque especial para uma das minhas referências de vida, estimado tio Delfim...

Obrigado à Professora Margarida pelo desafio, pela orientação, pela competência, pela energia, pelo entusiasmo, pela investigação saudável, pelo ânimo, pelas janelas e portas abertas, pela disponibilidade, pelo discernimento entre essencial e acessório, pelo fortalecimento da fé...

Obrigado à restante equipa Aventura Social pelo companheirismo, pela simplicidade, pela alegria, pela partilha, pela disponibilidade, pelo irradiar de saúde... Claro que estes nomes estão todos em *bold* na história da minha existência...

Obrigado ao Professor Alves Diniz pela coorientação, disponibilidade e apoio...

Obrigado às instituições e organismos que tornaram possível este trabalho, nomeadamente, escolas de ensino público de Portugal Continental, Faculdade de Motricidade Humana/UTL, Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL, Health Behaviour in School-aged Children/Organização Mundial de Saúde, Fundação para a Ciência e Tecnologia SFRH/BD/41596/2007.

Obrigado aos adolescentes portugueses...

Obrigado a todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que o projeto fosse dando os seus passos...

Muito obrigado...

Resumo

O adolescente é confrontado com múltiplas alterações endógenas e exógenas, que requerem inúmeros e continuados ajustes. As características dos contextos podem favorecer o processo de acréscimo, incremento e desenvolvimento dos recursos pessoais para enfrentar reptos e desafios das mudanças, de forma saudável.

O presente trabalho tem como objetivo geral compreender como é que os adolescentes portugueses percecionam a sua saúde / bem-estar nos componentes afetivoemocional e cognitivo, e identificar variáveis dos contextos socializadores com contributo positivo para o desenvolvimento dos seus recursos pessoais.

Levaram-se a cabo nove estudos com objetivos específicos mas que, no conjunto, convergiram para este objetivo geral. Tomaram-se como medidas de saúde a qualidade de vida relacionada com a saúde (Kidscreen 10), a satisfação com a vida (Cantril), e a felicidade. Como medidas dos contextos selecionaram-se algumas das variáveis que caracterizavam os contextos no estudo Europeu Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC). A amostra resultou dos adolescentes participantes no estudo HBSC, realizado em Portugal Continental em 2006, (www.hbsc.org; Www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com), que incluiu alunos dos 6º, 8º e 10º anos, do ensino público regular, com média de idades de 14 anos ($DP=1.89$). A amostra nacional é constituída por 4877 estudantes.

No estudo um constatou-se que os adolescentes portugueses se percecionam prevalentemente como saudáveis, existindo uma maior relevância do componente afetivoemocional nesta perceção do que do componente cognitivo. O estudo dois mostrou que a perceção da saúde / bem-estar dos adolescentes nos componentes afetivo e cognitivo assume proporções distintas de acordo com a idade e com o género, sugerindo também a influência dos contextos familiar, escolar e socioeconómico. Os estudos três e quatro questionaram o relevo do estatuto familiar na perceção de saúde

dos adolescentes portugueses, mostrando que o estatuto socioeconómico e o nível de instrução dos pais têm impacto significativo na saúde percebida pelos adolescentes. O estudo cinco questiona-se sobre a relação entre a saúde / bem-estar dos adolescentes e os níveis de comunicação e monitorização dos pais, sendo que a facilidade da comunicação e a monitorização dos pais se mostraram protetores significativos da saúde / bem-estar dos adolescentes. O estudo seis interessou-se pela qualidade da relação com os pares, tendo-se concluído que os pares têm impacto na saúde / bem-estar dos adolescentes: quanto melhor a relação com os colegas de turma, mais saúde percebida; no género feminino também é muito relevante para a saúde a qualidade de relação com os amigos especiais. O estudo sete debruçou-se sobre a relação com a escola e a respetiva incidência na saúde / bem-estar dos adolescentes: quanto melhor a relação com a escola melhores os níveis de saúde / bem-estar; o apoio dos colegas de turma e a pressão com os trabalhos escolares mostram maior impacto no componente afetivoemocional; a capacidade escolar e o apoio dos professores mostram maior impacto no componente cognitivo do bem-estar. O estudo oito abordou a qualidade de relação com os *media* e a saúde / bem-estar dos adolescentes: mais tempo de ecrã durante a semana associa com níveis mais elevados de bem-estar afetivo nos rapazes e níveis mais baixos de bem-estar cognitivo nas raparigas; ao fim de semana mais tempo de ecrã tem resultados mais baixos na saúde / bem-estar dos adolescentes. O estudo nove focaliza a relação entre a imagem corporal e a perceção de bem-estar nos adolescentes portugueses: as diferentes perceções da imagem corporal segundo os géneros obtêm impacto significativo na perceção da saúde/bem-estar, sendo a satisfação com o corpo a variável com maior potencial preditor.

Com estes estudos pode-se concluir da relevância dos contextos no desenvolvimento dos recursos pessoais dos adolescentes em ordem à sua saúde / bem-estar. O desenvolvimento das fortalezas dos indivíduos mostra-se associado à qualidade dos contextos. Deste modo os estudos foram sugerindo recomendações, intervenções e linhas / estratégias de promoção da saúde / bem-estar na escola, na família, na comunidade, com adolescentes, com educadores, com técnicos de saúde.

Palavras-Chave: Adolescência, Saúde, Bem-estar, Pais, Família, Pares, Escola, Estatuto Familiar, Tempo de Ecrã, Imagem Corporal.

Abstract

The adolescent is confronted with multiple endogenous and exogenous changes, which require numerous and continuous adjustments. The characteristics of the contexts may promote the process of increase, growth and development of personal resources to meet feats and challenges of changes so healthy.

The present work aims to understand how the Portuguese adolescents perceive their health / well-being, in affective-emotional and cognitive components, and identify contexts variables of socialization, with positive contribution to development their personal resources.

It took out nine studies with specific objectives but, overall, converged to this general objective. Were taken as measures of health the quality of life related to health (Kidscreen 10), life satisfaction (Cantril), and happiness. As measures of the contexts were selected some of the variables that characterize the contexts in the European study Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). The sample result of participating adolescents in the HBSC study, carried out in Portugal in 2006 (www.hbsc.org; www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com), which included students from the 6th, 8th and 10th grades from public school, with an average age of 14 years old (SD =1.89). The national sample is composed by 4877 students.

In the first study it was found that portuguese adolescents were perceive as predominantly healthy. There is a more important perception of affective-emotional component than cognitive component. The second study showed that the perception of health / well-being of adolescents in the affective and cognitive components assume different proportions according to age and gender, also suggesting the influence of family context, academic and socioeconomic. The third and fourth studies questioned the importance of family status on health perception of portuguese adolescents. They show that socioeconomic status and level of parental education have a significant

impact on perceived health among adolescents. The fifth study reflected about the relationship between health / well-being of adolescents and levels of communication and parental monitoring, and ease of communication and parental monitoring showed significant protective health / well-being of adolescents. The sixth study became interested in the quality of relationships with peers. It was concluded that the peers have an impact on the health / well-being of adolescents: the better relationship with classmates, corresponding to more perceived health. Also in females is very relevant to the health the quality of relationship with special friends. The seventh study focused on the relationship with the school and its impact on health / well-being of adolescents: the better relationship with the school corresponding to better levels of health / well-being; support from classmates and pressure homework show greater impact on the affective-emotional component; the school ability and support of school teachers show a greater impact on the cognitive component of well-being. The eighth study addressed the quality of relationship with the media and health / well-being of adolescents: more screen time during the week associated with higher levels of emotional well-being in male and lower levels of cognitive well-being in female; at weekend more screen time results in lower health / well-being of adolescents. The ninth study focuses on the relationship between body image and perception of well-being in Portuguese adolescents: the different perceptions of body image according to the genres obtain significant impact on the perception of health / well-being, and satisfaction with the body is the variable with greatest predictor potential.

With these studies we can conclude the importance of contexts in the development of personal resources of adolescents in order to their health / well-being. The development of the strengths of individuals is associated with the quality of contexts. Thus studies were suggesting recommendations, interventions and lines / strategies to promote health / well-being in the school, family, community, adolescents, educators, health technicians.

Keywords: Adolescence, Health, Well-being, Parents, Family, Peers, School, Family Status, Screen Time, Body Image.

Índice Geral

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 2 – PROBLEMA E OBJETIVOS	5
2.1. PROBLEMA.....	5
2.2 – OBJETIVOS	6
CAPÍTULO 3 – REVISÃO DE LITERATURA.....	9
3.1. DESENVOLVIMENTO ADOLESCENTE	9
3.1.1. <i>Introdução</i>	9
3.1.2. <i>Um processo dinâmico e interativo</i>	11
3.1.3. <i>Mudanças e Aprendizagens</i>	13
3.1.3.1. <i>Mudanças Biológicas</i>	15
3.1.3.2. <i>Mudanças na Maturação Cerebral</i>	16
3.1.3.3. <i>Processos Afetivo-Emocionais e Cognitivos</i>	18
3.1.3.4. <i>Complementaridade Entre Fatores Genéticos e Contextuais</i>	19
3.1.3.5. <i>Novos Recursos Cognitivos e Emocionais</i>	20
3.1.4. <i>Autorregulação e Consciência Moral</i>	22
3.1.5. <i>Diferenças de Género</i>	25
3.2. ADOLESCENTES, SAÚDE / BEM-ESTAR	28
3.2.1 <i>Introdução</i>	28
3.2.2 <i>Saúde / Bem-Estar</i>	30
3.2.3 <i>Modelos Psicológicos do Bem-Estar</i>	35
3.2.3.1 <i>Modelo de Jahoda</i>	35
3.2.3.2 <i>A Teoria da Autodeterminação de Deci e Ryan</i>	36
3.2.3.3 <i>Modelo de Bem-Estar Psicológico de Ryff</i>	38
3.2.3.4 <i>Modelo de Bem-Estar de Keyes</i>	40
3.2.3.5 <i>Modelo das Três Vias de Seligman</i>	41
3.2.4 <i>O Desenvolvimento Positivo</i>	42
3.2.4.1 <i>Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde nos Adolescentes</i>	47
3.2.4.2 <i>Satisfação com a Vida</i>	50
3.2.4.3 <i>Felicidade</i>	51
3.3. ADOLESCÊNCIA E CONTEXTOS	52
3.3.1 <i>Introdução</i>	52
3.3.2 <i>Influências Socioeconómicas</i>	54
3.3.3 <i>A Família</i>	56
3.3.3.1 <i>Redução da Vinculação Familiar</i>	60
3.3.3.2 <i>Conflitos com os Pais</i>	62
3.3.3.3 <i>Evolução das Relações Familiares</i>	63
3.3.4 <i>Os Pares</i>	64
3.3.4.1 <i>Pares e Género</i>	66
3.3.5 <i>A Escola</i>	67
3.3.5.1 <i>Adolescentes, Escola e Educação Para a Saúde / Bem-Estar</i>	70

3.3.6	<i>A Imagem Corporal</i>	72
3.3.6.1	A Percepção do Corpo	74
3.3.6.2	A Percepção do Aspeto	76
3.3.6.3	A Idade e o Género	77
3.3.7	<i>Os Media e o Tempo de Ecrã</i>	79
3.3.7.1	Violência e Agressão	83
3.3.7.2	Sexualidade	85
3.3.7.3	Uso de Substâncias	86
3.3.7.4	Comportamentos Alimentares e Preocupação Com o Corpo	87
3.3.7.5	Problemas Escolares e de Atenção	88
	<i>Referências Bibliográficas</i>	90
CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA		125
4.1.	- O ESTUDO HBSC	125
4.2.	- O INSTRUMENTO DE PESQUISA HBSC	127
4.3	- METODOLOGIA UTILIZADA	128
4.4	- OBJETIVOS DO PROJETO GLOBAL E VARIÁVEIS DA INVESTIGAÇÃO	129
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
CAPÍTULO 5 – ESTUDOS		137
ESTUDO 1 – PROCESSO ADOLESCENTE E SAÚDE POSITIVA: ÂMBITOS AFETIVO E COGNITIVO		139
	<i>Resumo</i>	139
	<i>Abstract</i>	140
	<i>Método</i>	145
	<i>Amostra</i>	145
	<i>Medidas</i>	146
	<i>Procedimento</i>	147
	<i>Resultados</i>	148
	<i>Discussão dos resultados</i>	154
	<i>Considerações finais</i>	159
	<i>Referências Bibliográficas</i>	162
ESTUDO 2 – IDADE, GÉNERO E BEM-ESTAR SUBJETIVO NOS ADOLESCENTES		167
	<i>Resumo</i>	167
	<i>Revisão de Literatura</i>	168
	<i>Método</i>	172
	<i>Amostra</i>	172
	<i>Medidas</i>	173
	<i>Procedimento</i>	174
	<i>Resultados</i>	175
	<i>Discussão dos resultados</i>	185
	<i>Referências Bibliográficas</i>	190
ESTUDO 3 – ESTATUTO FAMILIAR E AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE NOS ADOLESCENTES		195
	<i>Resumo</i>	195
	<i>Revisão de Literatura</i>	197
	<i>Método</i>	200
	<i>Amostra</i>	200
	<i>Medidas</i>	201

Procedimento	202
Resultados	204
Discussão dos resultados	211
Considerações finais	217
Referências Bibliográficas	219
ESTUDO 4 – ADOLESCENTS, FAMILY STATUS, EDUCATION AND HEALTH: NEW INSIGHTS INTO HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN IN PORTUGAL	223
Abstract	223
Introduction	224
Method	226
Participants	226
Procedure	226
Data analysis	228
Results	229
Discussion	232
Key findings	236
References	237
ESTUDO 5 - QUALIDADE DA RELAÇÃO COM OS PAIS E BEM-ESTAR NOS ADOLESCENTES PORTUGUESES	241
Resumo	241
Revisão de Literatura	243
Método	246
Amostra	246
Medidas	246
Procedimento	248
Resultados	248
Discussão dos resultados	258
Considerações finais	261
Referências Bibliográficas	263
ESTUDO 6 – QUALIDADE DA RELAÇÃO COM PARES E BEM-ESTAR NOS ADOLESCENTES: COLEGAS DE TURMA, AMIGOS ESPECIAIS E COMUNICAÇÃO COM OS PARES	269
Resumo	269
Revisão de Literatura	270
Método	271
Amostra	271
Medidas	272
Procedimento	273
Resultados	274
Discussão dos resultados	281
Considerações finais	283
Referências Bibliográficas	284
ESTUDO 7 – ESCOLA E BEM-ESTAR SUBJECTIVO NAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES	287
Resumo	287
Revisão de Literatura	288
Método	293
Amostra	293
Medidas	294
Procedimento	295
Resultados	297

<i>Discussão dos resultados</i>	307
<i>Considerações finais</i>	312
<i>Referências Bibliográficas</i>	313
ESTUDO 8 – TEMPO DE ECRÃ E BEM-ESTAR NOS ADOLESCENTES PORTUGUESES: TELEVISÃO, JOGOS E USO DO COMPUTADOR	317
<i>Resumo</i>	317
<i>Revisão de Literatura</i>	319
<i>Método</i>	322
<i>Participantes</i>	322
<i>Medidas</i>	323
<i>Procedimento</i>	324
<i>Análise</i>	325
<i>Resultados</i>	325
<i>Discussão dos resultados</i>	335
<i>Considerações finais</i>	340
<i>Referências Bibliográficas</i>	342
ESTUDO 9 – BODY IMAGE AND SUBJECTIVE WELL-BEING IN PORTUGUESE ADOLESCENTS	347
<i>Abstract</i>	347
<i>Introduction</i>	349
<i>Methodology</i>	352
<i>Participants</i>	352
<i>Measures</i>	353
<i>Procedure</i>	354
<i>Analysis</i>	356
<i>Results</i>	356
<i>Discussion of results</i>	365
<i>Final considerations</i>	372
<i>Bibliography</i>	373
CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO	379
6.1 <i>INTRODUÇÃO</i>	379
6.2 <i>OS COMPONENTES AFETIVOEMOCIONAL E COGNITIVO DA SAÚDE ADOLESCENTE</i>	380
6.3 <i>O ESTATUTO FAMILIAR</i>	382
6.4 <i>QUALIDADE DAS RELAÇÕES COM OS PAIS E SAÚDE / BEM-ESTAR DOS ADOLESCENTES</i> ..	385
6.5 <i>QUALIDADE DAS RELAÇÕES COM OS PARES E SAÚDE / BEM-ESTAR DOS ADOLESCENTES</i>	387
6.6 <i>A RELAÇÃO DOS ADOLESCENTES COM A ESCOLA E A SAÚDE / BEM-ESTAR</i>	389
6.7 <i>A RELAÇÃO DOS ADOLESCENTE COM O TEMPO DE ECRÃ E A SAÚDE / BEM-ESTAR</i>	391
6.8 <i>IMAGEM CORPORAL E SAÚDE / BEM-ESTAR NOS ADOLESCENTES</i>	393
6.9 <i>SAÚDE PERCEBIDA E GÉNERO</i>	395
6.10 <i>AUTOPERCEÇÃO DO BEM-ESTAR E IDADE ADOLESCENTE</i>	400
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	405
CAPÍTULO 7 – LIMITAÇÕES, RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÕES	413
7.1 <i>INTRODUÇÃO</i>	413
7.2 <i>LIMITAÇÕES</i>	413
7.3 <i>RECOMENDAÇÕES</i>	414
7.4 <i>CONCLUSÕES</i>	416

Índice de Tabelas

TABELA 1 – CARATERÍSTICAS DA SAÚDE MENTAL POSITIVA SEGUNDO JAHODA (1958).....	35
TABELA 2 – DIMENSÕES PROPOSTAS NO MODELO DE SAÚDE / BEM-ESTAR DE CAROL RYFF.....	38
TABELA 3 - VARIÁVEIS DE INVESTIGAÇÃO HBSC RELATIVAS A SAÚDE / BEM-ESTAR (KIDSCREEN 10: GASPAR & MATOS, 2008).....	130
TABELA 4 – VARIÁVEIS DE INVESTIGAÇÃO HBSC RELATIVAS A FATORES MODERADORES DEMOGRÁFICOS	131
TABELA 5 – VARIÁVEIS DE INVESTIGAÇÃO HBSC RELATIVAS A FATORES MODERADORES DEMOGRÁFICOS / FAS (BOICE, TORSHEIM, CURRIE & ZAMBON, 2006)	131
TABELA 6 - VARIÁVEIS DE INVESTIGAÇÃO HBSC RELATIVAS A CONTEXTO PESSOAL: RELAÇÃO CONSIGO PRÓPRIO	131
TABELA 7 - VARIÁVEIS DE INVESTIGAÇÃO HBSC RELATIVAS A CONTEXTO FAMILIAR RELAÇÃO COM A FAMÍLIA	132
TABELA 8 – VARIÁVEIS DE INVESTIGAÇÃO HBSC RELATIVAS A CONTEXTO PARES: RELAÇÃO COM OS PARES	132
TABELA 9 - VARIÁVEIS DE INVESTIGAÇÃO HBSC RELATIVAS A CONTEXTO ESCOLAR: RELAÇÃO COM A ESCOLA	133
TABELA 10 – VARIÁVEIS DE INVESTIGAÇÃO HBSC RELATIVAS A CONTEXTO <i>MEDIA</i> : RELAÇÃO COM OS <i>MEDIA</i> - SCREEN TIME	134
TABELA 11 – DIFERENÇAS ENTRE A IDADE EM RELAÇÃO ÀS MÉDIAS DAS VARIÁVEIS DE SAÚDE POSITIVA	149
TABELA 12 – DIFERENÇAS ENTRE O NÍVEL DE INSTRUÇÃO DOS PAIS EM RELAÇÃO À SAÚDE POSITIVA	151
TABELA 13 – FATORES PREDITORES DE SAÚDE POSITIVA PARA A AMOSTRA TOTAL	153
TABELA 14 – DIFERENÇAS ENTRE OS GÊNEROS POR IDADES PARA AS VARIÁVEIS DE BEM-ESTAR	176
TABELA 15 – DIFERENÇAS ENTRE OS GRUPOS DE IDADE, COM O GÊNERO, EM RELAÇÃO ÀS MÉDIAS DAS VARIÁVEIS DE BEM-ESTAR SUBJETIVO EM ESTUDO	179
TABELA 16 – FATORES PREDITORES DE BEM-ESTAR SUBJETIVO PARA A AMOSTRA TOTAL, PARA AS FAIXAS ETÁRIAS E PARA OS GÊNEROS.....	182
TABELA 17 – DIFERENÇAS ENTRE O NÍVEL DE INSTRUÇÃO DOS PAIS EM RELAÇÃO À PERCEÇÃO DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES.....	205
TABELA 18 – DIFERENÇAS ENTRE OS NÍVEIS SOCIOECONÓMICOS EM RELAÇÃO À PERCEÇÃO DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES.....	206
TABELA 19 – DIFERENÇAS ENTRE OS GRUPOS DE EMPREGO DOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO EM RELAÇÃO À PERCEÇÃO DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES	209

TABELA 20 – FATORES PREDITORES DE BEM-ESTAR PARA A AMOSTRA TOTAL E PARA OS GÊNEROS (ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR)	210
TABELA 21 – PARENTAL SCHOOLING AND FAMILY AFFLUENCE SCALE (FAS).	229
TABELA 22 – FAMILY AFFLUENCE SCALE (FAS) SOCIOECONOMIC DIFFERENCES AND ADOLESCENT HEALTH AND WELL-BEING PERCEPTIONS.	230
TABELA 23 – DIFFERENCES AMONG HEALTH PERCEPTION ACCORDING TO PARENTAL SCHOOLING (HIGHER SCHOOLING IN THE COUPLE).	231
TABELA 24 – DIFERENÇAS INTERGÉNERO PARA AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES EM ESTUDO AO LONGO DA IDADE	249
TABELA 25 – DIFERENÇAS ENTRE A QUALIDADE DE COMUNICAÇÃO COM MÃE E COM O PAI EM RELAÇÃO ÀS VARIÁVEIS DE BEM-ESTAR	250
TABELA 26 – DIFERENÇAS ENTRE TRÊS NÍVEIS DE MONITORIZAÇÃO DA MÃE E DO PAI EM RELAÇÃO ÀS VARIÁVEIS DE BEM-ESTAR	252
TABELA 27 – FATORES PREDITORES DE BEM-ESTAR PARA AS FAIXAS ETÁRIAS E PARA OS GÊNEROS	254
TABELA 28 – FATORES PREDITORES DE BEM-ESTAR PARA OS GÊNEROS POR FAIXA ETÁRIA	256
TABELA 29 – DIFERENÇAS ENTRE NÍVEIS DE QRPT EM RELAÇÃO ÀS VARIÁVEIS DE BEM-ESTAR	275
TABELA 30 – DIFERENÇAS ENTRE NÍVEIS DE QRPE EM RELAÇÃO AO BEM-ESTAR	276
TABELA 31 – DIFERENÇAS ENTRE NÍVEIS DE QCP EM RELAÇÃO AO BEM-ESTAR.....	278
TABELA 32 – FATORES PREDITORES DE BEM-ESTAR PARA A AMOSTRA TOTAL E PARA OS GÊNEROS.....	280
TABELA 33 – DIFERENÇAS ENTRE OS GÊNEROS PARA AS VARIÁVEIS EM ESTUDO	298
TABELA 34 – DIFERENÇAS ENTRE OS GRUPOS DE IDADE, COM O GÊNERO, EM RELAÇÃO ÀS MÉDIAS DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO	299
TABELA 35 – DIFERENÇAS ENTRE AS VARIÁVEIS ESCOLARES EM RELAÇÃO ÀS MÉDIAS DE BEM-ESTAR	300
TABELA 36 – FATORES PREDITORES DE BEM-ESTAR PARA A AMOSTRA TOTAL E PARA OS GÊNEROS.....	303
TABELA 37 – FATORES PREDITORES DAS VARIÁVEIS REFERENTES À ESCOLA PARA A AMOSTRA TOTAL E PARA OS GÊNEROS	306
TABELA 38 – DIFERENÇA DE GÊNEROS DO TEMPO DE ECRÃ DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES À SEMANA E FIM DE SEMANA	326
TABELA 39 – DIFERENÇAS ENTRE <i>SCREEN TIME</i> DOS DIAS DA SEMANA EM RELAÇÃO À PERCEÇÃO DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES	328
TABELA 40 – DIFERENÇAS ENTRE <i>SCREEN TIME</i> DOS DIAS DE FIM DE SEMANA EM RELAÇÃO À PERCEÇÃO DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES	329
TABELA 41 – DIFERENÇAS ENTRE <i>SCREEN TIME</i> DO TOTAL DOS DIAS DA SEMANA EM RELAÇÃO À PERCEÇÃO DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES	332
TABELA 42 – PREDITIBILIDADE DO <i>SCREEN TIME</i> NA SAÚDE / BEM-ESTAR DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES PARA A AMOSTRA TOTAL E PARA OS GÊNEROS (ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR)	334

TABELA 43 – DIFFERENCES BETWEEN BODY SATISFACTION/DISSATISFACTION IN RELATION TO THE MEDIAN VARIABLES OF WELL-BEING	357
TABELA 44 – DIFFERENCES BETWEEN SELF-PERCEIVED BODY IN RELATION TO THE MEDIANS OF THE WELL- BEING VARIABLES	358
TABELA 45 – DIFFERENCES BETWEEN SELF-PERCEIVED LOOK IN RELATION TO THE MEDIANS OF THE WELL- BEING VARIABLES	360
TABELA 46 – DIFFERENCES BETWEEN SELF-PERCEIVED LOOK IN RELATION TO THE MEDIANS OF THE WELL- BEING VARIABLES, BY AGE GROUP	361
TABELA 47 – PREDICTORS OF WELL-BEING, BY TOTAL SAMPLE AND GENDER	363

Índice de Figuras

FIGURA 1 – DETERMINANTES DA SAÚDE / BEM-ESTAR	31
FIGURA 2 – MODELO ADAPTADO DE MOYANO, ACEVEDO & AVENDAÑO, 2006	44
FIGURA 3 – MODELO KIDSCREEN (THE KIDSCRENN GROUP EUROPE, 2006, PP. 33).....	50
FIGURA 4. – INFLUÊNCIA ENTRE A AUTOIMAGEM GERAL, A IMAGEM CORPORAL E O ASPETO MEDIADO PELA IMAGEM SOCIAL PERCEBIDA, A AUTOESTIMA E O HUMOR (ADAPTADO DE TRALLERO, 2010, P. 72).....	74

Capítulo 1 - Introdução

Ser saudável, sentir a vida como um desafio, experimentar vontade por desenvolver as próprias potencialidades, sonhar e querer perseguir os próprios sonhos, acreditar em ideais e na possibilidade de tornar o mundo um pouco melhor, gostar de ter e fazer amigos, apreciar o convívio com os animais e a natureza, deleitar-se nas atividades lúdicas... para tudo isto e muito mais, imensamente mais, não basta desfrutar de saúde física. A saúde dos adolescentes envolve muito mais do que a sua saúde física. Um adolescente saudável não é apenas o que não está doente, mas o que se percebe com qualidade de vida, está feliz, satisfeito com a vida e adota padrões comportamentais construtivos, positivos, enfim, um estilo de vida saudável.

A qualidade das experiências de vida associada à qualidade dos contextos dão um contributo indelével não apenas para o modo como o adolescente percebe as realidades presentes e futuras, mas também para o modo como interpreta essas realidades, para as expectativas que alimenta, para o tipo de recursos pessoais que desenvolve e fortalece, para o seu autoconceito, para a sua autoestima, para a sua saúde / bem-estar.

A situação do adolescente é semelhante à de um nadador que tem de nadar entre duas margens (infância e idade adulta), com escassos conhecimentos de natação (falta de recursos pessoais e de experiência), com uma travessia cheia de correntes, remoinhos, escolhos e perigos (as mudanças endógenas e exógenas, a qualidade dos contextos), sem saber exatamente onde está e o que o espera do outro lado (desorientação), apenas ciente que tem de continuar a nadar e manter-se à tona. E, com tudo isto, consegue cultivar e construir as próprias linhas de saúde, de bem-estar, de satisfação com a vida, de felicidade.

Claro que na adolescência, e ao longo dela, ocorrem alterações no relevo atribuído às relações com os pais, a família, os pares, a comunidade, os *media*. A literatura não questiona esta evolução quanto à importância do papel desempenhado pelos contextos.

Continua a haver uma ampla margem para a investigação da qualidade das variáveis destes contextos em relação à saúde e bem-estar adolescente, sendo perceptível pelos estudos existentes que quanto maior a qualidade dos contextos melhores e mais consistentes são os recursos pessoais do adolescente, a sua saúde / bem-estar, a sua felicidade presente e futura.

O tema escolhido para este projeto resulta precisamente deste enquadramento. Se os adolescentes, não obstante todas as mudanças próprias desta etapa da vida, continuam a percecionar-se com bem-estar, qual o papel da qualidade dos contextos para os recursos pessoais, que garantem este bem-estar ao adolescente.

Pretendeu-se, pois, identificar variáveis destes contextos, que mostrassem associação com o bem-estar adolescente, sendo assim contributo positivo para o desenvolvimento dos seus recursos pessoais. Os estudos levados a cabo e expostos ao longo deste trabalho focalizam precisamente essa relação.

O que permitiu realizar os estudos na área pretendida foi a participação no *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), um estudo realizado em Portugal continental, pela Equipa do Aventura Social, com colaboração da Organização Mundial de Saúde, em que participam 44 países e que tem como objetivo estudar os comportamentos e estilo de vida dos adolescentes portugueses. O instrumento permitiu-nos estudar as variáveis relacionadas com a saúde / bem-estar, e a relação dos adolescentes com os contextos.

A Equipa Aventura Social realiza o estudo em Portugal desde 1994, ano em que foi realizado o estudo piloto. Após o primeiro estudo nacional, efetuado em 1998, seguiram-se outros, realizados numa sequência de quatro em quatro anos. Os dados abordados neste trabalho referem-se a 2006. O instrumento é muito abrangente e inclui questões de várias áreas da vida dos adolescentes, como a alimentação, a atividade física, a relação dos adolescentes com os pares, a família, a escola, a *comunidade, os media*, o consumo de substâncias ilícitas, os comportamentos sexuais, entre outros. A

riqueza e abrangência destes temas e dados relativos aos adolescentes portugueses, permitem que se aprofundem vários filões de investigação ao mesmo tempo. Como várias das temáticas se cruzam, torna-se ainda mais fácil trabalhar em equipa e dar solidez a uma investigação em rede. O trabalho da equipa espelha-se nos diversos relatórios, estudos e publicações (www.aventurasocial.com).

Achou-se interessante organizar a tese em sete capítulos distintos: os dois primeiros abordaram a introdução e o enquadramento do problema e objetivos gerais; o terceiro capítulo deteve-se no enquadramento teórico e foi seguido pelo capítulo relativo à metodologia geral; o quinto capítulo apresenta nove estudos realizados, aceites ou submetidos conforme indicado, em revistas científicas da área; os restantes capítulos fazem a discussão e apontam as limitações e recomendações.

Capítulo 2 – Problema e Objetivos

2.1. Problema

O estado da arte mostra que na saúde / bem-estar dos adolescentes se conjugam determinantes genéticos, circunstâncias de vida e atividades deliberadas do indivíduo. E a saúde, mais do que ausência de doenças, passa pelo bem-estar em todos os âmbitos da existência pessoal: físico, social, psicológico, espiritual, cognitivo, emocional... Os recursos pessoais do adolescente, em ordem ao seu bem-estar, é construído na relação com os seus referenciais genéticos, com as suas circunstâncias de vida e com a qualidade dos contextos, que podem favorecer ou não opções, pensamentos, atitudes, valores, decisões por comportamentos mais ou menos saudáveis. E na medida em que o adolescente vai dando consistência e solidez a determinados padrões de comportamento, a determinados modos de perceber as alterações endógenas e exógenas, a determinadas estratégias para lidar com as diferentes realidades em que se encontra envolvido, vai dando forma a um estilo de vida, que poderá ser mais ou menos saudável, e que tende a prolongar-se na adultícia.

Entretanto, os estudos indicam que a etapa da vida adolescente se encontra eivada de mudanças de vária ordem, falando-se de alterações biopsicossociais que podem, elas próprias, ter efeito na percepção de bem-estar do adolescente.

O interesse deste trabalho centrou-se, pois, na autopercepção dos adolescentes quanto ao respetivo bem-estar, considerando a qualidade dos contextos. Como é que os adolescentes portugueses percebem a sua saúde / bem-estar? Como é que eles lidam com as mudanças internas que experimentam e que também se ligam a mudanças externas?

Os estudos indicam associação entre o bem-estar e a qualidade dos contextos. Qual a importância da qualidade dos contextos na percepção de saúde / bem-estar dos adolescentes? Ou será que o bem-estar dos adolescentes é indiferente à qualidade dos contextos? De entre vários contextos qual o que se mostra mais relevante para a saúde / bem-estar do adolescente? E será que a abordagem masculina é semelhante à feminina? E será que há evolução com o aumento da idade ou o padrão será comum?

Na impossibilidade de abarcar todas as variáveis de saúde / bem-estar e da qualidade dos contextos em relação com a autopercepção dos adolescentes, optou-se pelas variáveis que pareceram mais pertinentes.

2.2 – Objetivos

Após enquadrar o problema, procedeu-se à definição dos objetivos gerais e específicos desta investigação.

Como objetivos gerais estabeleceu-se:

- a. Avaliar a autopercepção de saúde / bem-estar dos adolescentes portugueses.
- b. Identificar variáveis dos contextos que favorecem e promovem os recursos pessoais dos adolescentes.
- c. Perceber se todas as variáveis têm o mesmo relevo na saúde / bem-estar do adolescente ou se há variáveis e contextos cuja qualidade pode ser mais determinante no desenvolvimento saudável e positivo do adolescente.

Na prossecução dos objetivos gerais do projeto, foram estabelecidos objetivos específicos, que acompanharam os diferentes estudos levados a cabo.

- a. Estudo 1: “Processo Adolescente e Saúde Positiva: Âmbitos Afetivo e Cognitivo”. Perceber a autopercepção da saúde / bem-estar dos adolescentes portugueses, nas vertentes afetivoemocional e cognitiva, relativamente às

variáveis consideradas para a saúde / bem-estar: qualidade de vida relacionada com a saúde, felicidade e satisfação com a vida.

- b. Estudo 2: “Idade, Género e Bem-Estar Subjetivo nos Adolescentes”. Perceber a importância da idade e do género dos adolescentes nos componentes afetivo e cognitivo da saúde / bem-estar”.
- c. Estudo 3: “Estatuto Familiar e Autoperceção de Saúde nos Adolescentes”. Perceber o relevo do estatuto familiar na perceção de saúde / bem-estar dos adolescentes portugueses, nomeadamente no que concerne aos aspetos socioeconómico, sociocultural e ao emprego dos ascendentes”.
- d. Estudo 4: “Adolescents, Family Status, Education and Health: New Insights into Health Behaviour in School-Aged Children in Portugal”. Examinar a influência do estatuto socioeconómico e cultural / educacional na saúde adolescente.
- e. Estudo 5: “Qualidade da Relação com os Pais e Bem-Estar nos Adolescentes Portugueses”. Perceber como se comportam as variáveis de bem-estar adolescente frente a distintos níveis de comunicação e monitorização do pai e da mãe.
- f. Estudo 6: “Quality of Peer Relations and Well-Being in Adolescents: Classmates, Special Friends and Communication with Peers”. Perceber como se comportam as variáveis de bem-estar frente a distintos níveis de comunicação e qualidade de relação com os amigos especiais e de turma, considerando diferenças entre géneros e idade.
- g. Estudo 7: “Escola e Bem-Estar Subjetivo nas Crianças e Adolescentes”. Perceber a relação da perceção dos adolescentes portugueses quanto ao bem-estar com variáveis da perceção da escola: capacidade escolar, pressão dos trabalhos escolares, sentimentos pela escola, apoio dos colegas e apoio dos professores.

- h. Estudo 8: “Tempo de Ecrã e Bem-Estar nos Adolescentes Portugueses: Televisão, Jogos de Ecrã e Uso do Computador”. Avaliar o tempo de ecrã dos adolescentes portugueses e qual o seu impacto na saúde / bem-estar, tanto no componente cognitivo como no afetivoemocional, considerando o género e a idade.
- i. Estudo 9: “Body Image and Subjective Well-Being in Portuguese Adolescents”. Perceber como é que os adolescents avaliam a satisfação com o corpo e o aspeto, e qual o impacto destas perceções no respetivo bem-estar, tanto em relação ao componente afetivo como ao cognitivo.

Capítulo 3 – Revisão de Literatura

3.1. Desenvolvimento Adolescente

3.1.1. Introdução

A adolescência corresponde a um período de transição entre a infância e a idade adulta, sendo esta a etimologia do termo latino “adolescere”. Trata-se de um período mais ou menos longo de mudança e transformação. Não tem um começo brusco nem um final definido. Abarca uma forma de pensar, de compreender a realidade e de interagir com ela. Compreende igualmente um modo particular de enfrentar os conflitos, alterando-se as manifestações e aspetos infantis com sinais de maturidade, resultando num desenvolvimento progressivo mas não linear, onde cabem todo o tipo de ritmos e modalidades (Fuentetaja & Masó, 2007). Sempre se cresceu, e sempre se crescerá, para adulto, mas nunca foi concedido a este processo de crescimento um tempo de vida tão alargado como ocorre hoje no ocidente (Simões, 2007; Trallero, 2010).

A tendência universal, manifestada ao longo dos últimos séculos, prolonga a etapa adolescente não em função das características biopsicológicas desta fase do desenvolvimento, mas das necessidades sociais de formação, das características económicas que não permitem encontrar uma fonte de rendimento próprio estável, da matriz cultural vigente que tem favorecido a liberdade, a aceitação e tolerância de costumes (Braconnier & Marcelli, 2000).

Não só os limites cronológicos do período adolescente, mas também os seus conteúdos e significados, são muito influenciados por fatores culturais, sociais, económicos e,

ainda, políticos e religiosos. Os países industrializados e economicamente desenvolvidos têm observado novas modificações nas formas de pensar e nos interesses dos adolescentes. Por exemplo, o gênero feminino continua a ter tendência a estar mais interessado na família futura e nas relações humanas enquanto o gênero masculino tende a estar mais centrado nos aspectos materiais da vida. Porém, os estudos dos últimos 30 anos sugerem que os interesses acadêmicos e profissionais do gênero feminino começam a superar os manifestados pelo gênero masculino (Nurmi, 2004).

A ideia, alimentada por alguns estudos, de que a adolescência é uma época de “tormenta e *stress*” tem sido substituída por uma concepção mais equilibrada, falando-se de um período do desenvolvimento caracterizado por uma reorganização biológica, cognitiva, emocional e social de modo que o indivíduo se consiga adaptar às expectativas e exigências culturais implicadas em converter-se em adulto (Susman & Rogol, 2004). A normalidade não significa ausência de conflitos, uma vez que eles são inerentes ao próprio processo de transformação. Tão pouco significa igualdade nas manifestações. Significa que há uma parte de identidade que permanece e outra nova que se vai descobrindo, o que supõe uma certa rutura que altera tanto o adolescente como o contexto. Este processo é enfrentado pelo adolescente com os próprios recursos, e é lógico pensar que no princípio da adolescência estarão presentes em maior quantidade elementos infantis, que darão espaço a outros mais maduros, à medida que o processo avança (Fuentetaja & Masó, 2007).

Neste caminho para a autonomia, para a vida adulta, são de singular relevância os dados dos estudos que mostram que a adoção de uma vida saudável nestas idades constitui prenúncio de estilos de vida com qualidade na maioridade (Bisegger et al., 2005; Rajmil et al., 2006). E a vida saudável requer recursos pessoais positivos, que funcionem como fatores protetores em relação a uma panóplia de riscos, que favoreçam um desenvolvimento positivo capaz de tornar consistentes padrões comportamentais geradores de bem-estar (Sánchez, 2008).

Se o adolescente luta pela conquista da sua própria identidade, por encontrar-se a si mesmo, os educadores / cuidadores também lutam por perseverar a sua própria, que poderá sentir-se desafiada, numa espécie de efeito dominó. Como tal exige-se uma grande maturidade por parte dos interlocutores adultos, uma considerável atenção à qualidade dos contextos socializadores, uma presença comunicativa e dialogante para que os recursos pessoais sejam moldados de forma construtiva. A conquista da capacidade para lidar com as mudanças, para assimilar as experiências difíceis e para adotar estratégias de *coping* adequadas, por vezes não se leva a cabo, nem sequer na etapa adulta, sem a presença de alguém externo que intervenha e ajude nesse processo. (Fuentetaja & Masó, 2007).

3.1.2. Um processo dinâmico e interativo

O processo adolescente é dinâmico e interativo, dependente das circunstâncias sociais e culturais, mutável segundo o período histórico analisado, enquadrado pela conjuntura vivida, de modo que o adolescente terá de se adaptar a uma nova condição biológica, conquistar a identidade e a autonomia, estabelecer novas relações interpessoais próximas e duradouras, procurar um lugar num grupo produtivo, sentir-se útil para os outros, fazer escolhas informadas, acreditar num futuro com oportunidades reais. Para enfrentar estes e outros desafios, o adolescente necessita de sistemas de suporte que favoreçam, desenvolvam e deem fortaleza a recursos pessoais, a serem usados de forma adequada, no momento mais oportuno (Trallero, 2010).

Neste processo conjugam-se de forma independente diferentes ingredientes que produzem efeitos noutros âmbitos existenciais do adolescente. Por exemplo, problemas em casa, entre os pais, podem afetar o rendimento académico, motivar alterações comportamentais, justificar abaixamento nos índices de saúde / bem-estar do adolescente (Fuentetaja & Masó, 2007). O estatuto socioeconómico e o bairro onde vive, o estilo educativo familiar (afeto, regras, comunicação, monitorização, expectativas associadas ao género), a qualidade das relações com os pares, a integração na escola e, naturalmente, os cada vez mais variados e potentes agentes mediáticos, são

aspectos que podem incidir individual e conjuntamente sobre o adolescente, determinando comportamentos, atitudes, percepções, interpretações, e até estilos de vida que se projetam na vida adulta (Canino & González, 2003).

A adolescência não pode ser concebida como uma etapa passiva do desenvolvimento. Os adolescentes respondem, são criativos diante das influências, modelando-as, por vezes em colaboração com as próprias famílias, quase sempre com os seus pares, devolvendo essas mesmas influências à sociedade. Cada vez mais a cultura dos adolescentes, em parte fruto da sociedade em que vivem, adquire influência na cultura dos adultos. O modo como as pessoas vestem, o estilo de linguagem e de escrita, a tolerância de hábitos e comportamentos, os interesses próprios dos adolescentes vão sendo aceites e mesmo partilhados pela geração que os precede (Ceballos, 2009).

A adolescência possui uma marca cultural, que inclui as diferenças de género. Os meios de comunicação recentes (sobretudo a internet) e mais antigos (sobretudo a televisão) têm conseguido uma certa homogeneização de influências, facilitando uma relativa tendência para a uniformização de atitudes, valores, comportamentos e estilos de vida dos adolescentes de distintos países (Strasburger, Jordan & Donnerstein, 2010). Apesar disso permanecem numerosas diferenças não só dentro do mesmo país como entre as diversas regiões do globo. A título de exemplo, enquanto no Ocidente o género feminino vive cada vez mais a liberdade e autonomia, no Médio Oriente, em África e em muitas zonas da Ásia, a honra, o prestígio, as tradições sócio religiosas e, inclusivamente, os interesses económicos das famílias continuam a exercer um amplo controlo na vida e opções das adolescentes. Ao mesmo tempo, na maior parte dessas sociedades, o género masculino desfruta de grande autonomia e tolerância (Trallero, 2010).

Os progressos da sociedade industrial e pós industrial exigem formações profissionais complexas e prolongadas. Estas exigências conduziram à educação obrigatória, uma obrigatoriedade que tende a prolongar-se à medida que se incrementam as exigências sociais, arrastando consigo o prolongamento da dependência dos pais. A escola tem

vindo a assumir cada vez mais relevo como pilar da sociedade ocidental atual, constituindo não apenas um dos locais onde o adolescente passa grande parte do seu tempo, como um dos contextos privilegiados para a promoção da saúde / bem-estar, para a promoção e desenvolvimento de competências, para a conquista de autonomia, para a adequada preparação da entrada na vida adulta (Ceballos, 2009; Sánchez, 2008).

O funcionamento cognitivo acompanha as mudanças deste processo vital, adquirindo categorias de pensamento que não estavam presentes anteriormente e que possibilitam a compreensão da experiência com maior complexidade do que em etapas anteriores. O desenvolvimento do pensamento abstrato, com todo o seu poder para indagar, deduzir conclusões, generalizar aprendizagens e formular novas hipóteses e estratégias, aporta uma privilegiada dimensão até então desconhecida. O adolescente nunca começa do zero. Nos desafios do presente incorpora a riqueza do passado, abre novos horizontes, novos interesses, novas oportunidades, construindo competências para o futuro (Fuentetaja & Masó, 2007).

3.1.3. Mudanças e Aprendizagens

A transição entre a infância e a vida adulta envolve múltiplas mudanças, que abrangem todas as esferas da condição humana, e podem ter ritmos mais acelerados ou mais lentos. Um dos temas centrais da adolescência continua a ser a forma como se ultrapassam estas mudanças e desafios, certezas e incertezas, de forma saudável, sabendo que as alterações tendem a alastrar-se a quem prisma com o adolescente, nomeadamente pais, professores e amigos, que também vivem os seus próprios problemas (Galambos, 2004).

O adolescente é obrigado a enfrentar o repto da entrada nos âmbitos da produção e da reprodução, segundo o modo como a sociedade e a cultura em que se está a desenvolver o concebe. Isto implica a aquisição e desenvolvimento de competências ou recursos pessoais para se converter no futuro adulto: (1) desenvolver uma imagem corporal satisfatória e realista; (2) desenvolver uma progressiva independência dos pais e a

adequada capacidade para cuidar de si mesmo e regular as suas emoções e comportamentos; (3) desenvolver relações sociais satisfatórias à margem do ambiente familiar; (4) desenvolver um controlo e uma manifestação adequados das crescentes pulsões sexuais e agressivas; (5) consolidar a própria identidade pessoal, incluindo um código moral pessoal; (6) desenvolver planos, pelo menos provisórios, para alcançar objetivos laborais e de autossuficiência económica (King, 2002).

Os adolescentes confrontam-se com muitas outras alterações que desafiam a sua capacidade de ajuste: as mudanças do ciclo académico, a atividade sexual sem riscos, os desafios de exames e de um possível curso, o lidar com diferentes tipos de conflitos, a possível iniciação num trabalho, o dançar sem ser ridículo, o enamorar-se, etc. Supõem-se que o adolescente passe gradualmente de membro da família de seus pais a membro pleno da sociedade (Nurmi, 2004). E tudo isto constringe a esforços de adaptação intensos e rápidos (Ceballos, 2009). Deste modo, o risco dos adolescentes experimentarem crises, mais ou menos transitórias, ou desenvolverem perturbações mentais pode ter relação com estas características intrínsecas à maturação do indivíduo, uma vez que tendem a induzir *stress* e, com frequência, ocorrem várias mudanças simultaneamente (Simões, 2007; Trallero, 2010). Acresce que o prolongamento do período adolescente requerido pela complexidade da sociedade ocidental entraña bastantes paradoxos: por exemplo, alcança-se a maturidade sexual, com todas as suas consequências, muito antes de se alcançar a maturidade psicossocial determinada pelos critérios sociais vigentes; o paradoxo agrava-se ainda mais quando se constata que aos 13 anos de idade ainda se está bem longe de um desenvolvimento cognitivo maduro. Estes desfasamentos entre um corpo e uma fisiologia “adulta”, entre o corpo e exigências sociais progressivamente crescentes, entre o corpo e uma evidente imaturidade cognitiva, podem ser fonte de problemas e conflitos (Moffitt, 2005; Moffitt, Caspi, Harrington & Milne, 2002).

A aquisição da identidade pessoal é um objetivo central e uma consequência obrigatória do desenvolvimento adolescente, que não se pode separar do autoconceito. Nem todos os adolescentes alcançam idêntico nível de identidade pessoal ao mesmo tempo, nem na

mesma idade. O desenvolvimento cognitivo permite-lhe perceber-se, concetualizar-se, avaliar-se com muito maior precisão do que na infância, e de modo claramente diferenciado e diferenciador em relação aos que o rodeiam. A percepção e valoração das suas relações sociais, a sua aparência e imagem corporal, o seu rendimento académico, as suas metas desportivas, a sua moralidade, etc., vão configurando o seu autoconceito. E cada uma destas e outras circunstâncias é percebida e interpretada de diferentes modos consoante a relação com pares, pais, professores, *media* ou desconhecidos. No evoluir deste período de desenvolvimento pessoal o *feedback* dos contextos, as auto-percepções e a confiança que o adolescente tem nos seus recursos em construção vão sendo integrados no autoconceito (Trallero, 2010).

3.1.3.1. Mudanças Biológicas

A puberdade é a porta de entrada no desenvolvimento adolescente, é um marcador biológico da transição individual de um estado não reprodutivo a um estado reprodutivo. Embora se trate de um fenómeno de índole biológica, provoca tantas consequências psicológicas e sociais no indivíduo que se constitui numa fase complexa do desenvolvimento humano. Com efeito, muitas das características psicológicas do adolescente não são determinadas diretamente pelas suas mudanças fisiológicas, mas pelos contextos que lhes outorgam significado (Castells & Silber, 2006; Ceballos, 2009).

As mudanças biológicas da puberdade são universais, mas a sua cronologia e o significado social variam ao longo da história e das culturas. As mudanças corporais vão constituir uma das principais fontes de inquietude para o adolescente. Vão contribuir notavelmente para a imagem geral que tem de si mesmo e vão determinar em grande medida o trato que receberá de quem convive com ele (Castells & Silber, 2006; Trallero, 2010).

Estas mudanças biológicas têm relação com o desenvolvimento cognitivo (Keating, 2004): (1) modificações na estrutura ou funcionamento cerebral iniciadas ou catalisadas

por processos ligados à puberdade, juntamente com o conjunto de mudanças endócrinas e neuro endócrinas que alteram dramaticamente várias funções corporais, incluindo os sistemas emocionais e motivacionais; (2) um importante conjunto de mudanças cerebrais, especialmente no córtex pré-frontal e interconexões córtico-corticais; (3) uma série de mudanças que incluem as que são modeladas, esculpidas ou alteradas por experiências próprias do desenvolvimento adolescente.

3.1.3.2. Mudanças na Maturação Cerebral

A adolescência é um período evolutivo que contempla importantes mudanças na maturação do cérebro. Durante a infância produz-se um incremento substancial do volume de matéria cinzenta no córtex cerebral. Durante a adolescência tem lugar um extenso processo de poda de sinapses corticais, o que supõe uma redução de matéria cinzenta, juntamente com um aumento da mielinização. Esta remodelação neuronal permite alcançar uma melhor comunicação entre as regiões cerebrais corticais e as subcorticais, facilitando-se assim o funcionamento ótimo dos sistemas sensório motor, motivacional, emocional e cognitivo (Trallero, 2010).

Este processo maturativo não é homogêneo: certas regiões corticais maturam antes de outras. Assim, durante a adolescência, têm lugar a maturação gradual das áreas frontais média e laterais, responsáveis pelas funções cognitivas superiores. Contudo, as estruturas cerebrais mais posteriores e profundas, responsáveis por funções mais primitivas, fazem-no mais precocemente (Lubman, Yücel & Hall, 2007).

O neuro desenvolvimento adolescente tem lugar primordialmente em regiões cerebrais associadas à motivação, impulsividade e suscetibilidade aditiva (Chambers, Taylor & Potenza, 2003). Este fenómeno implica que a impulsividade e a procura da novidade, características tão próprias da adolescência, possam explicar-se em parte por mudanças maturativas em sistemas monoaminérgicos corticais frontais e subcorticais. À medida que sobrevém a maturação nervosa tendem a reduzir-se a impulsividade e outros traços afins. Enquanto tal redução ocorre, estes processos podem tanto promover impulsos

para aprender em ordem a adaptar-se a papéis sociais adultos, como conferir uma maior vulnerabilidade aos efeitos aditivos das substâncias (Lubman, Yücel & Hall, 2007).

Durante a adolescência produz-se no córtex pré-frontal, uma menor intervenção de alguns neurotransmissores de carácter excitador e inibidor juntamente com uma presença máxima de dopamina. Estes fenómenos incrementam o carácter reforçador, gratificante do álcool e outras substâncias, com os consequentes riscos para os que são consumidores (Spear, 2000).

O desenvolvimento cognitivo adolescente associa-se, fundamentalmente, ao desenvolvimento do lóbulo frontal que tem lugar a partir da puberdade. O córtex pré-frontal, desenvolvido espetacularmente durante a adolescência, substrato fundamental da função executiva, permite alcançar progressivamente o controlo cognitivo próprio do adulto (Blakemore & Choudhury, 2006).

Durante a adolescência produz-se um notável desenvolvimento da substância branca (mielinização) pré-frontal, o que constitui um indicador de maior condutividade e conectividade entre neurónios. Na realidade, durante o período adolescente estabelece-se uma relação inversa entre redução de substância cinzenta, evidenciando a “poda” ou seleção sináptica, e incremento da substância branca, o que manifesta uma melhoria da conectividade sináptica (Sowell, Trauner, Gamst & Jernigan, 2002). Estes processos supõem que antes da puberdade tem lugar uma muito notável proliferação de sinapses, o que multiplica as possibilidades do funcionamento cognitivo, para, durante a adolescência, proceder à sua redução em função das influências ambientais e das atividades do adolescente. A adolescência é, pois, uma importante etapa do desenvolvimento que entranha a coordenação de distintos sistemas cognitivos e cerebrais, coordenação que dá lugar a um sistema auto percebido e auto dirigido de controlo consciente. Esta coordenação consegue-se em parte pela poda sináptica influenciada pela experiência (Trallero, 2010).

3.1.3.3. Processos Afetivo-Emocionais e Cognitivos

O desenvolvimento emocional e as respostas perante situações de *stress* baseiam-se na maturação do sistema límbico, que inclui três estruturas cerebrais: (1) a amígdala, implicada na identificação de sinais de ameaça importantes, procedentes dos contornos exteriores; (2) o hipocampo, responsável por armazenar na memória informações e experiências relacionadas com as emoções; (3) o hipotálamo, que, entre outras funções, está implicado nas respostas ao *stress* através das suas conexões com a hipófise e as glândulas suprarrenais (Lubman, Yücel & Hall, 2007).

As mudanças na capacidade afetiva, motivacional e cognitiva que se constata ao longo da adolescência mantêm relação com estas descobertas neuroanatômicas maturativas. Por exemplo, a adolescência inicial caracteriza-se por um incremento da reatividade emocional, das interações sociais com os pares, de facilitação de comportamentos de risco, e da busca de sensações, enquanto as capacidades implicadas na tomada de decisões e na regulação, que são funções executivas, não maturam por completo até à entrada na idade adulta (Steinberg, 2005). Estas funções executivas estão alocadas ao córtex cerebral pré-frontal que se vai desenvolvendo gradualmente ao longo de toda a adolescência (Nelson, 2005).

O desenvolvimento do sistema límbico pode acelerar-se graças à secreção de hormonas sexuais e à maturação sexual próprias da puberdade. Deste modo, os processos emocionais governados por este sistema podem desenvolver-se antes e mais rapidamente do que os processos cognitivos relacionados com o querer e o autocontrolo voluntário cimentados no córtex pré-frontal (Lubman, Yücel & Hall, 2007). Esta dessincronização entre o desenvolvimento emocional (sistema límbico) e o dos processos de autocontrolo (córtex pré-frontal) é um fator muito importante para explicar e entender a maior suscetibilidade dos adolescentes aos problemas e perturbações emocionais. A emotividade e a impulsividade vão à frente da capacidade de controlo racional (Nelson, Bloom, Cameron, Amaral, Dahl, & Pine, 2002).

3.1.3.4. Complementaridade Entre Fatores Genéticos e Contextuais

O processo interativo permanente entre o adolescente e os contextos socializadores supõe que o indivíduo vá modificando o seu comportamento por influências ambientais que recebe. Isto supõe que o comportamento do adolescente concreto resulta não só das mudanças de índole biológica e genética, como das respostas emitidas pelos outros ante tais mudanças e traços. A forma como o adolescente enfrenta as mudanças da puberdade depende do que significam para ele mesmo e para quem o rodeia; claro que as interpretações do adolescente também vão ter influência no que ele venha a pensar de si mesmo (Sánchez, 2008; Trallero, 2010).

A grande maioria dos adolescentes não experimentam problemas significativos relacionados com a saúde. Considerando que as mudanças hormonais da puberdade são universais e só uma minoria de adolescentes apresentam problemas psicológicos, não é possível atribuir diretamente às mudanças de tipo biológico a aparição de alterações da saúde mental. Tanto na normalidade como na psicopatologia, o que adolescente pode experimentar ou manifestar será consequência da interação entre as suas mudanças hormonais, a sua história anterior, o seu funcionamento cognitivo e emocional, e os contextos em que se move atualmente (Fuentetaja & Masó, 2007).

O desenvolvimento cognitivo produz-se normativamente seguindo um caminho paralelo ao curso da idade cronológica, não ao da maturação da puberdade. Isto supõe que o nível cognitivo e a fase da puberdade podem ser diferentes, com as inerentes consequências adaptativas. Como assinalou Keating (2004): (1) o cérebro adolescente está disposto para atravessar um período crítico durante o qual o ambiente e as atividades modelarão o seu funcionamento, especialmente as funções pré-frontais; (2) a organização cognitiva adolescente tem lugar de acordo com estas mudanças cerebrais; (3) a consciência forma-se mediante a interseção da mente individual e social. É, pois, lógico concluir que as preocupações dos investigadores e dos educadores se deveriam centrar no modo como a cultura e os contextos operam em relação ao desenvolvimento adolescente. Cultura e contextos exercem o seu efeito na transição crítica adolescente

por rotas maioritariamente interpessoais, relacionais, graças à ação de muitos e diversos agentes: família, pares, professores, *media* (Damásio, 2010; Nelson, 2005).

3.1.3.5. Novos Recursos Cognitivos e Emocionais

Durante a adolescência, as capacidades cognitivas experimentam um extraordinário desenvolvimento, tanto quantitativo como qualitativo. A capacidade para resolver problemas experimenta um notável progresso, alcançando a capacidade para o raciocínio abstrato, o que supõe elaborar metacognições. Isto é, as cognições do adolescente caracterizam-se por uma complexidade crescente ao longo da etapa evolutiva, pela agilidade mental, pela crescente apetência para pensar em possibilidades e planear com suficiente eficácia, pelo incremento significativo tanto da velocidade como da eficiência no processamento de informação (King, 2002).

O adolescente desenvolve a cognição social, isto é, a capacidade para pensar sobre as pessoas, as suas relações, os comportamentos humanos e as convenções sociais, como é o caso das normas e usos de interação pessoal e de justiça. Contudo, os seus juízos nem sempre são objetivos. Alguma falta de realismo manifesta-se, por exemplo, em afirmações sobre a sua suposta imunidade ou onnipotência (“ainda que conduza a grande velocidade não terei qualquer acidente”), em mostras de pensamento mágico (“se não quero ficar grávida, não ficarei”) ou num tipo de pensamento dicotómico (tudo ou nada: “ou sou popular ou não gosto de ninguém”). As consequências práticas e emocionais deste tipo de pensamento facilitam o declinar da autoestima tão frequente na adolescência (Castells & Silber, 2006; Ceballos, 2009).

O adolescente torna-se capaz de pensar sobre si mesmo, sendo cada vez mais introspetivo, autocrítico, julgador e analítico. Consequência fundamental disso é a aquisição do conceito de si mesmo, da sua identidade. Outra consequência importante é o desenvolvimento e valorização da autoimagem corporal. Além de pensar sobre si mesmo, o adolescente é agora capaz de pensar sobre os seus próprios pensamentos. As possíveis incoerências desassossegam-no. O exame de duas ou mais ideias ou crenças

incompatíveis pode e costuma levá-lo à procura de uma solução, em princípio cognitiva, que resolva a tensão ou frustração criada pela incoerência (Trallero, 2010). Os conhecimentos e capacidades adquiridos constituem a sua competência atual, competência que nem sempre tem sintonia com o seu rendimento real, entendido como o uso apropriado daqueles conhecimentos e capacidades para a solução de problemas (Sánchez, 2008).

Os estilos atributivos são estratégias cognitivas para enfrentar a realidade, especialmente as situações adversas ou indutoras de *stress*. Pode-se atribuir a causalidade de situações adversas a si mesmo e atribuir a responsabilidade dos acontecimentos positivos a fatores externos. Neste caso estamos perante um estilo atributivo interno, considerado negativo, uma vez que favorece o desenvolvimento de perturbações depressivas. As atribuições de causalidades diametralmente opostas constituem o estilo atributivo externo, considerado positivo. Na adolescência, os estilos atributivos parecem estar muito consolidados pelo que, diante das mudanças, das adversidades, das exigências e dos novos fatores de *stress* próprios desta etapa evolutiva, cada adolescente, segundo o seu estilo atributivo, será mais ou menos propenso, seja à instabilidade emocional e à depressão, seja à manutenção do equilíbrio emocional. Considera-se que na génese dos estilos atributivos intervêm tanto fatores genéticos como experiências infantis, sendo as mais relevantes os estilos educativos dos pais (Lau, Rijdsdijk & Eley, 2006).

Na adolescência costumam desenvolver-se interesses múltiplos e com frequência bastante elaborados, frequentemente orientados tanto para ciências ditas exatas, desde as matemáticas à informática, como para atividades estéticas, como o desenho, a música, o desporto. Nem todos os novos interesses do adolescente são tão elevados ou tão reconhecidos socialmente. A sua vida quotidiana tende a ser dirigida, e às vezes de maneira excessivamente absorvente, por hábitos, gostos e inclusivamente dependências muito próprias da sua etapa evolutiva, determinados pelas influências do grupo de pares em que se move e pelo impacto de certos modelos sociais. Este conjunto de atitudes e de práticas, filias e inclusivamente certas fobias, constituem o que se denomina cultura

adolescente, cultura que, dada a sua natureza, forçosamente é variável, muito determinada pelas circunstâncias sócio históricas (Trallero, 2010).

A função executiva, possibilitada pelo desenvolvimento do córtex pré-frontal, pode definir-se como o conjunto dos processos cognitivos que permitem desenvolver capacidades para resolver problemas em ordem a alcançar objetivos futuros. Estes processos incluem passar de uma tarefa a outra, controlar interferências, inibir respostas, planificar a memória do trabalho (Blakemore & Choudhury, 2006). São capacidades cognitivas que constituem o eixo central do desenvolvimento psicológico do adolescente. O desenvolvimento da função executiva, da capacidade de autocontrolo voluntário (córtex pré-frontal) produz-se depois e mais lentamente do que o desenvolvimento dos processos emocionais (sistema límbico). Esta assincronia explica as dificuldades dos adolescentes para controlarem cognitivamente as suas reações emocionais, facilitando a experimentação de problemas e perturbações (Blakemore & Choudhury, 2006).

3.1.4. Autorregulação e Consciência Moral

O que se denomina autorregulação conta com dois componentes fundamentais: (1) um conjunto de normas de índole fundamentalmente proibitiva, como o não roubar, o não mentir, o não prejudicar os outros; (2) uma preocupação positiva pelo bem-estar dos outros, um sentido da responsabilidade que leva a cuidar do bem comum, um agir para ajudar os outros (Eisenberg & Morris, 2004).

O desenvolvimento da autorregulação, a interiorização de normas, tem influência não só nos comportamentos em relação aos outros, em relação aos animais, em relação às plantas... mas também na conceção de si mesmo e do próprio bem-estar. Verifica-se uma passagem da moral heterónoma à moral autónoma, o que significa a personalização das normas que deixam de ser vistas como coercitivas para passarem a ser assumidas como valores (Ceballos, 2009).

A progressiva redução do pensamento egocêntrico, que se produz durante a adolescência, juntamente com a aprendizagem das normas vigentes na cultura, favorece o desenvolvimento de competências para considerar diferentes perspectivas nas relações interpessoais, permitindo o desenvolvimento da consciência moral e da autorregulação e, conjuntamente, de comportamentos pró-sociais como ajudar, partilhar, confortar, solidarizar. O raciocínio moral torna-se mais complexo e expande-se até incluir a avaliação das relações interpessoais, a manutenção (ou mudança) da ordem social estabelecida, as noções de contrato social e de direitos humanos gerais, e a avaliação do que sucede ou deveria suceder em função de princípios éticos de aplicação universal (Trallero, 2010).

As regras externas são substituídas pela autoexigência, pela autorregulação, sendo que os valores (sinceridade, lealdade, equilíbrio, justiça, verdade...) já não se reduzem a princípios teóricos, mas integram-se num ideal pessoal escolhido livremente e encarnado nos comportamentos. A coerência com esta autorregulação, mesmo que tenha vieses, aumenta a perceção de bem-estar por parte do adolescente (Ceballos, 2009).

Durante a adolescência melhoram as competências para resolver problemas sociais, conflitos, e para levar a bom porto negociações interpessoais. Estas competências jogam um importante papel no desenvolvimento de interações sociais orientadas para os outros, na construção de amizades, e na capacidade para descrever acertadamente os motivos que os outros têm para se comportarem como o fazem. Adotar a perspectiva do outro, situar-se no seu lugar, tomar consciência das perspectivas mútuas, interativas (“eu penso o que tu pensas acerca do que eu penso”), é um processo que implica ver-se a si mesmo e ao outro como sistemas psicológicos complexos de valores, crenças e atitudes. Este conhecimento dos processos cognitivos do outro facilita ou determina que esse outro possa ser classificado como conhecido, amigo, amigo íntimo, namorado(a) (Eisenberg & Morris, 2004).

Parece óbvio que a autorregulação do indivíduo é um processo complexo que dura tanto quanto a respetiva vida. O conjunto de normas, atitudes, comportamentos e sentimentos

que constituem a moral individual são em cada momento consequência da interação de diversos fatores. Os mais importantes, especialmente na adolescência, são as influências diretas e indiretas emanadas da família e da escola, seguidas muito de perto pelas procedentes do grupo de pares e de adultos significativos. Algumas experiências individuais podem introduzir mudanças ou matizes na autorregulação do adolescente: contactos com uma pessoa relevante, frustrações e decepções pessoais, o impacto de uma leitura e até de um filme... Também o nível de escolaridade, isto é, de informação e formação intelectual, costumam desempenhar um papel significativo. Mas a sustentação de todo o edifício, o que realmente conta é o desenvolvimento cognitivo do adolescente (Trallero, 2010).

Tem-se observado que um bom nível de autorregulação e de consciência moral costuma estar associado a pais que apoiam o adolescente e o estimulam para que questione e amplie as regras e normas adotadas ou observadas na sociedade. O desenvolvimento da autorregulação e da consciência moral depende sobretudo da qualidade das relações interpessoais no seio da família, da escola e dos pares. A influência familiar na estimulação cognitiva da moralidade e na adoção de perspectiva parece exercer o seu efeito a curto, médio e longo prazo. Os pares influenciam no raciocínio moral sobretudo através da amizade, das qualidades do grupo e dos diálogos acerca de conflitos morais (Eisenberg & Morris, 2004).

A autorregulação e a consciência moral manifestam-se através de comportamentos. A conduta pró social, o exercício da cidadania definida como conduta voluntária destinada a beneficiar outros, é considerada como uma das mais importantes manifestações que favorece o próprio bem-estar e o dos demais. Os estudos têm constatado que as adolescentes são mais pró sociais nas suas relações amistosas íntimas, costumam comportar-se de maneira mais colaboradora, atenta e cuidadora, tanto em casa como fora dela, percecionando-se também como mais pró-sociais do que os adolescentes. É certo que os pais, especialmente as mães, costumam sublinhar mais a necessidade de uma conduta pró social diante das suas filhas do que diante dos seus filhos. Tanto eles

como elas têm sentimentos empáticos, mas elas tendem mais a interpretá-los como simpatia e a associá-los a objetivos e valores prossociais (Eisenberg & Morris, 2004).

3.1.5. Diferenças de Género

Os seres humanos nascem com um sexo biológico, mas com o passar do tempo vai-se desenvolvendo o seu género, isto é, um conjunto de características cognitivas e comportamentais adquiridas por eles e por elas como resultado das suas experiências sociais, o que os conduz a desenvolver os seus papéis sociais correspondentes, ou seja, os que dão conteúdo aos conceitos de masculinidade e feminilidade (Trallero, 2010).

O desenvolvimento do género inicia-se durante a primeira infância e vai-se consolidando definitivamente ao longo da adolescência. A maior ou menor identificação dos adolescentes com o género próprio do seu sexo influi significativamente no seu autoconceito, mas de maneira diferente segundo se trate deles ou delas. Neles observa-se que uma alta masculinidade, mas não uma alta feminilidade, está associada a uma elevada autoestima e uma boa aceitação por parte dos pares. Elas dão mostras de uma maior flexibilidade genérica. Com efeito, níveis altos e simultâneos de masculinidade e feminilidade associam-se significativamente a uma boa autoestima e à aceitação dos pares. Esta maior flexibilidade genérica delas deve-se provavelmente ao facto deles sofrerem pressões mais fortes do que elas para que se comportem de acordo com o exigido pelo papel genérico próprio da sua cultura, sendo mais graves as consequências que possam experimentar se resistirem a tais pressões (Galambos, 2004).

Ceballos (2009), fazendo alusão a outros estudos, aponta algumas diferenças entre géneros na adolescência: (1) o ritmo de desenvolvimento é diferente, sendo que elas manifestam, habitualmente, um avanço de dois anos no processo de maturidade global; (2) eles desenvolvem a sua identidade mais por metas pessoais do que por metas sociais, enquanto elas antepõem o social ao pessoal; (3) eles expressam o conflito em termos de comportamento devido às limitações impostas, enquanto para elas o conflito reflete questões de identidade (o sentimento acerca de si mesmas); (4) elas possuem um melhor

perfil para o estudo do que eles (mais dotadas nas competências verbais, na constância e na persistência); (5) elas são mais fortes na emotividade e na capacidade de reflexão enquanto eles são mais ativos e primários.

O género feminino, especialmente nos primeiros anos da sua adolescência, costuma ser mais consciente das suas características pessoais e tende a ter-se em menor estima do que eles. Esta pior autoestima do género feminino é ainda mais frequente nas adolescentes de menarca precoce e nas que já iniciaram um namoro (Galambos, 2004). Os autores associam esta característica feminina às mudanças na puberdade, ao aumento do peso, à importância outorgada à aparência física e à consequente insatisfação corporal. Eles com um desenvolvimento da puberdade avançado sentem-se mais atraídos e mais seguros do seu corpo do que elas com maturação da puberdade semelhante (Trallero, 2010).

Ruiz de Azúa, num estudo em 2007, observa que o género feminino experimenta maiores flutuações quanto à perceção da saúde / bem-estar do que o género masculino, ao longo das distintas etapas do ciclo vital. Existe ampla evidência empírica de que, entre os adolescentes, a saúde / bem-estar do género masculino é superior à do género feminino da mesma idade. Afirma-se que elas vivenciam com mais intensidade os afetos negativos e positivos e que interiorizam as experiências afetivas negativas, procurando encontrar em si uma explicação para as mesmas, o que estaria na origem de uma auto perceção com menor nível de bem-estar (Matos & Equipa do Aventura Social, 2006; Roothman, Kisten & Wissing, 2003). Os estudos têm revelado que o género feminino tende a reportar índices de afetos positivos e negativos discretamente mais elevados do que o género masculino (Ferraz, Tavares, Zilberman, 2007).

O estilo cognitivo predominante nas adolescentes torna-as mais suscetíveis ao *stress*: enfocam as suas relações pessoais de maneira mais cooperadora do que agressiva, diante dos problemas tendem a “ruminá-los” excessivamente, e são mais sensíveis ou vulneráveis diante dos conflitos e desgraças que sofrem os seus seres queridos (Galambos, 2004). Com efeito as adolescentes são mais conscientes das suas

caraterísticas, detêm-se mais prolongada e repetidamente a pensar nos problemas, dedicam muito mais tempo do que eles a pensamentos centrados interiormente, como o pensar sobre si mesmas, têm tendência a internalizar as circunstâncias de vida (Matos & Equipa do Aventura Social, 2003; 2006). Pelo contrário, o género masculino tende a pensar mais em acontecimentos externos e em factos positivos, como é o caso do desporto, da música, de festas. Estas diferenças têm manifestações evidentes nos interesses e nos conteúdos das conversações de cada grupo genérico (Sethi & Nolen-Hoeksema, 1997).

São muitas as influências ambientais que determinam a aquisição dos papéis genéricos. A influência familiar é uma delas, porventura a mais importante: os pais estimulam aberta e diretamente os comportamentos e atividades dos seus filhos(as) próprias do seu género, dão instruções e normas a esse respeito, oferecem oportunidades para praticarem os comportamentos que consideram adequados, modelam as condutas genéricas através das suas relações conjugais e das suas atividades quotidianas. As suas caraterísticas de personalidade, os seus interesses lúdicos e de ócio, e muito especialmente as suas atitudes diante dos papéis de homem e de mulher, determinarão o grau de rigidez ou de flexibilidade com que os seus filhos(as) adquirem os seus respetivos papéis genéricos (Galambos, 2004).

As tarefas associadas ao desenvolvimento adolescente tornam-se específicas de cada género, ligam-se a diferentes abordagens e conceitos, vinculam-se a crenças, a rituais e a comportamentos específicos, que têm em atenção também a idade do indivíduo. De maneira aberta ou subtil, as perceções do adolescente em relação a si próprio e ao que o rodeia sofre a influência dos contextos próximos, nomeadamente da família, que, entre outras coisas, lhe marca os itinerários de “formação”, os direitos e os deveres (Bisegger, Cloetta, von Rüden, Abel, Ravens-Sieberer & The European Kidscreen Group, 2005; Berjano, Foguet & González, 2008; Traverso-Yépez & Pinheiro, 2005).

Existem diferenças de género estatisticamente significativas ao nível da autoestima como consequência das diferentes posições, papéis e experiências interpessoais que

caracterizam rapazes e raparigas desde muito cedo. Estas diferenças podem refletir as suas perceções subjetivas da saúde / bem-estar (Fuh, Wang, Lu & Juang, 2005).

A perceção da saúde / bem-estar está, de forma consistente, associada a variáveis de nível individual, muito determinadas pelos contextos socializadores: indivíduos com baixa autoestima, com características individuais mais negativas ou desfavorecidas, apresentam consistentemente uma pior perceção da saúde, especialmente nos domínios da intimidade, envolvimento escolar e bem-estar emocional (Bramston, Pretty & Chipuer, 2002).

É interessante ter presente que as diferenças intergénero quanto à perceção da saúde / bem-estar não são constantes ao longo das sucessivas etapas do ciclo vital, e tendem a decrescer com o aumento da idade. Este dado convida a pensar não só na maior vulnerabilidade dos adolescentes em determinadas fases da sua vida, como nos mecanismos psicológicos que são ativados para melhorar a sua auto perceção do bem-estar, nomeadamente naqueles que permitem ao género feminino recuperar a perceção da saúde / bem-estar (Azúa, Goñi & Madariaga, 2009)

3.2. Adolescentes, Saúde / Bem-estar

3.2.1 Introdução

O interesse por promover o bem-estar das pessoas não é novo. À partida, qualquer intervenção psicológica (mas também educativa, médica, política, social, religiosa ou mesmo tecnológica) tem o interesse implícito de melhorar a vida das pessoas. Alcançar e manter uma vida boa pode converter-se num objetivo pessoal legítimo, num sentido de vida eticamente desejável, entre outras razões, porque se trata de um objetivo comum da humanidade. Não há nada de estranho, nem de artificial, em tentar conseguir que o maior número de pessoas desfrutem de uma vida boa porque esta é uma meta latente em praticamente qualquer indivíduo (Vázquez & Hervás, 2008).

O interesse crescente das ciências da saúde, nomeadamente da psicologia, no estudo da qualidade de vida e do bem-estar representa uma mudança de paradigma, uma vez que ao longo de todo o século XX o objeto dos estudos se manteve centrado em torno dos estados afetivos patológicos. A perspetiva desta abordagem positiva da saúde dedica-se a aprofundar conhecimentos para que se promovam boas práticas em setores como a vida familiar, o estilo de vida pessoal, a escola, os centros ligados à terapia e à saúde, as instituições preocupadas com a pessoa, a vida comunitária, a sociedade em geral. Segundo Seligman e Csikszentmihalyi (2000) pretende-se ir muito para além do estudo da patologia e da fraqueza orientando a atenção e o empenho para a força e a virtude. Mergulhar no quê, no porquê, no como, nas razões e articulações, nos processos de origem e de desenvolvimento, no de onde e no para onde possível, nos contextos e nas alternativas... são preocupação desta nova perspetiva do saber psicológico que pretende favorecer a otimização e a excelência da pessoa humana na saúde, no bem-estar, na felicidade, na gratidão, na satisfação com a vida, na resiliência, no otimismo, na qualidade de vida, nas interações sociais, entre outros (Ferraz, Tavares, Zilberman, 2007; Kahneman, Krueger, Schkade, Schwarz & Stone, 2006; Lyubomirsky, 2008; Peterson & Seligman, 2004).

A saúde / bem-estar, a qualidade de vida e a satisfação com a vida envolvem os aspetos internos relativos a cada pessoa, as circunstâncias e os contextos ou ambientes frequentados por cada pessoa. Os recursos pessoais resultam da conjugação destes três fatores e são determinantes da construção dos denominados bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo, cujos esforços de definição foram construídos a partir de perspetivas filosóficas diferentes (Albuquerque & Lima, 2007; Veenhoven, 2005): (1) o bem-estar subjetivo encontra raízes na perspetiva filosófica “hedónica”, sendo entendido como felicidade subjetiva, a procura de experiências de prazer, o relaxamento, o equilíbrio entre afeto positivo e afeto negativo, a presença de sentimentos positivos e uma ausência relativa de problemas; (2) o bem-estar psicológico radica na perspetiva filosófica “eudaimónica”, assumindo o bem-estar como realização do potencial humano, como mudança esforçada, como procura do crescimento e desenvolvimento pessoal. Nos últimos anos os estudos apontam no sentido do

fenômeno do bem-estar poder ser compreendido num enquadramento conceptual comum e concebido como um construto multidimensional que incluiria o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico (Keyes, Shmotin & Ryff, 2002; Lent, 2004; Lyubomirsky, 2008; Ryan & Deci, 2001).

O bem-estar dos adolescentes constitui preocupação central da vida das famílias e das sociedades, que envidam esforços no intuito de reduzir comportamentos desviantes e/ou de risco que possam colocar em causa a qualidade de vida dos adolescentes (Hibell, Andersson, Bjarnason, Ahlström, Balakireva, Kokkevi, & Morgan, 2004). Promover um desenvolvimento saudável dos adolescentes é considerado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) e pela Direção Geral de Saúde (DGS 2005; 2006) um investimento de futuro de qualquer sociedade consciente, uma vez que opções saudáveis durante a adolescência produzem resultados no bem-estar não apenas durante a adolescência, mas igualmente durante a vida adulta. Como adianta Bekaert (2003) é na adolescência que adquirem consistência as fundações da saúde futura, os estilos de vida, as atitudes e os padrões de comportamento que podem garantir ou não o bem-estar e uma melhor realização da pessoa.

3.2.2 Saúde / Bem-Estar

A focalização da saúde / bem-estar no desenvolvimento e otimização dos recursos pessoais, contextuais e coletivos ficou explícito nos trabalhos constitutivos da Organização Mundial de Saúde (OMS) em finais da II Guerra Mundial. Numa histórica declaração de intenções, no preâmbulo dos primeiros estatutos oficiais da OMS afirmava-se que “a saúde é um estado completo de bem-estar físico, psíquico e social e não a mera ausência de doença ou incapacidade” (WHO, 1948). De forma semelhante, a Federação Mundial para a Saúde Mental, em 1962, definiu a saúde e o bem-estar como “o melhor estado possível dentro das condições existentes”. A OMS não perdeu interesse neste conceito que aparece reiteradamente em muitos dos seus documentos oficiais. Por exemplo, em 1968 decorreu em Ottawa a primeira reunião oficial da OMS sobre promoção da saúde e, na declaração final, concluiu-se que a saúde é um estado de

completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou incapacidade. A saúde é um recurso da vida quotidiana, não o objetivo da vida. É um conceito positivo que sublinha os recursos sociais, contextuais e pessoais assim como as capacidades físicas (WHO, 1986, Ottawa Charter for Health Promotion)''.

A definição de saúde sublinha a noção de bem-estar. Esta abrange a ausência de doenças, a presença de competências, a vivência de estados afetivo-emocionais positivos, dispor de recursos para enfrentar adversidades, um modo de pensar compassivo em relação a nós próprios e aos outros, um componente cognitivo que operacionalize estratégias ajustadas às realidades, um modo adaptativo de interpretar as circunstâncias vitais, possuir expectativas de um futuro positivo (Diaz, Blanco, Horcajo & Valle, 2007).

A investigação tem acumulado provas convincentes de que a saúde, a qualidade de vida, o bem-estar e a satisfação com a vida vão muito para além da disponibilidade de bens e serviços (acesso ao sistema de saúde, à escolaridade, à segurança, a recursos físicos de lazer, etc.), dos acontecimentos positivos (boas notas escolares, a vitória da equipa preferida, a aquisição de roupa de marca...) e dos recursos financeiros (Wilson & Gilbert, 2005). Segundo Lyubomirsky, Sheldon e Schkade (2005), são três os principais fatores que determinam a saúde / bem-estar.

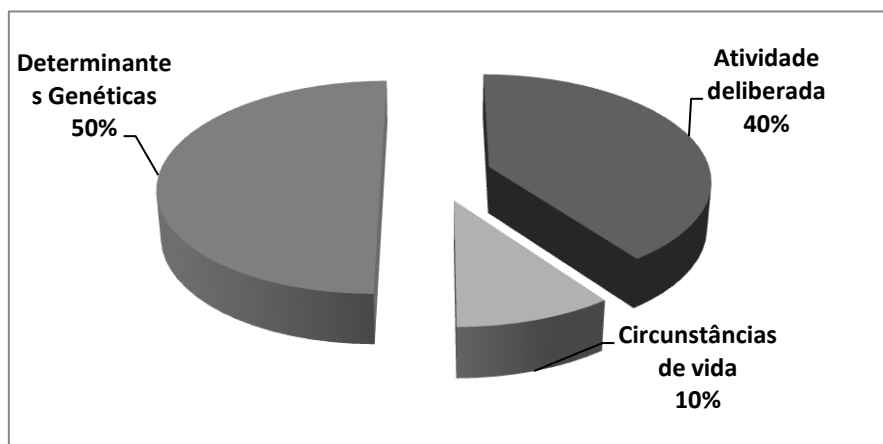


Figura 1 – Determinantes da Saúde / Bem-Estar

A parte mais extensa do gráfico mostra que, embora possa parecer exagerado, 50% das diferenças entre os níveis de saúde / bem-estar das pessoas depende do seu valor de referência, determinado geneticamente. Segundo estes autores, existe uma tendência a regressar a esta referência ou a este potencial de saúde / bem-estar, inclusivamente após grandes contratempos ou triunfos. Cerca de 10% da discrepância nos níveis de saúde / bem-estar são explicados pelas diferenças nas circunstâncias de vida. Finalmente, 40% das diferenças entre os níveis de saúde / bem-estar entre indivíduos depende da sua atividade deliberada, dos seus comportamentos. Como tal, a chave da saúde / bem-estar não consiste em mudar a constituição genética, nem em mudar as circunstâncias de vida (isto é, ser mais rico, ser mais atrativo, ser de outra família, ter outra escola ou colegas, o que é quase impraticável), mas sim na forma de pensar, nas atitudes e nas opções deliberadas de todos os dias. Aumenta-se ou diminui-se o nível de bem-estar através do que se faz da própria vida quotidiana, do caminho que se quer fazer, do modo como se lida com as características genéticas e com as circunstâncias de vida, da maneira como se pensa e enfrenta os desafios, da perseverança, da opção por padrão ou estilo de vida. Consciencializar que nem a referência genética nem as circunstâncias de vida são a chave das diferenças de saúde / bem-estar proporciona muito poder e muita responsabilidade aos indivíduos para se interessarem e procurarem a saúde / bem-estar por si mesmos (Ferraz, Tavares, Zilberman, 2007; Lyubomirsky, 2008).

A saúde / bem-estar tem uma base genética forte ou muito forte mas, para se expressarem ou não, os genes necessitam de um determinado ambiente ou contexto (por exemplo a família ou a escola) ou uma determinada circunstância (por exemplo uma nova amizade ou um acidente de viação) ou um determinado comportamento (por exemplo a procura de apoio). Isto significa que, independentemente da predisposição genética, para que tal tendência se manifeste ou deixe de manifestar, o desencadear dessa propensão depende de cada um (Taylor, Way. Welch, Hilmert, Lehman & Eisenberger, 2006). Todos têm muitas possibilidades de melhorar o seu bem-estar através das coisas que fazem, das atividades deliberadas, do ambiente onde vivem e do estilo de vida que adotam. Não estamos condenados a obedecer às diretrizes dos nossos genes, porque os genes necessitam de um ambiente específico (um conjunto

determinado de experiências vitais) para se expressar. Muitas dessas experiências vitais estão indubitavelmente sob o nosso controle, e o seu potencial para influir na saúde / bem-estar depende das atividades e das estratégias que constituem 40% do gráfico de saúde / bem-estar. Por meio destas atividades podemos mudar o nosso nível de bem-estar, já que tal não podemos fazer ao nosso valor de referência genético (Lyubomirsky, 2008).

São os recursos pessoais (informação, conhecimentos, crenças, competências, valores, saberes, experiências anteriores, reflexões...) que movem a maneira de pensar, as opções, os estilos de vida. E a quantidade e qualidade dos recursos pessoais está muito associada à qualidade e número de oportunidades favorecidas pelos contextos socializadores. Adolescentes pouco orientados ao nível do bem-estar, contextos sociais pouco atentos às questões da saúde adolescente podem colocar em risco o presente e o futuro da sociedade, que não poderá suportar os custos de uma população pouco saudável, de uma força de trabalho pouco produtiva e com poucos hábitos de cidadania (Nabors, Troillett, Nash, & Masiulis, 2005). Promover o desenvolvimento psicossocial, emocional e intelectual dos adolescentes, minimiza o risco do seu envolvimento em comportamentos desviantes, tais como os consumos de tabaco, álcool e outras substâncias, o envolvimento em relações sexuais indesejadas e não seguras, ou hábitos alimentares pouco saudáveis (DGS, 2005; WHO, 2003). Os adolescentes ainda não são adultos, as suas competências de vida encontram-se em processo inicial de construção, pelo que não se pode esperar que assumam sozinhos a responsabilidade dos comportamentos que afetam a saúde e o bem-estar. Deve ser-lhes proporcionada a oportunidade de viver em contextos de qualidade, em contextos promotores de competências positivas para que possam fazer escolhas informadas sobre os seus estilos de vida (WHO, 2006).

Dispor de saúde, de bem-estar físico ou mental, não consiste apenas em carecer de doenças ou perturbações, mas inclui o domínio de capacidades e recursos que permitam resistir às adversidades (Almedom & Glandon, 2007) e criar condições que permitam incentivar o desenvolvimento ótimo do indivíduo, rumo à excelência (Vázquez &

Hervás, 2008). É possível reduzir eficazmente os problemas clínicos ou sintomas de uma pessoa, mas isso não implica necessariamente uma melhoria significativa das suas vidas (Keyes, 2005). Um reconhecido investigador psiquiatra afirmou que “a psiquiatria fracassou em melhorar os níveis médios de felicidade e bem-estar da população geral apesar do ingente gasto em psicofármacos e em manuais de psicoterapia” (Cloninger, 2006, p.71). Assim, para que os adolescentes melhorem os seus níveis de bem-estar é necessário que adquiram e desenvolvam conhecimentos, atitudes e competências que lhes permitam fazer escolhas saudáveis (Dowdell, 2006). E isto só é possível através de contextos socializadores que promovam, desde bem cedo, comportamentos positivos que ajudem os adolescentes a lidar de forma saudável com as mudanças, com as oportunidades, com as propostas quotidianas, com as adversidades endógenas e exógenas, de forma a crescerem estruturados no seu processo de desenvolvimento global (Guldbrandsson & Bremberg, 2005).

O conceito de saúde, como um recurso básico do dia a dia em processo de alteração ao longo da vida, passa a estar cada vez mais associado ao comportamento humano, numa compreensão holística, abrangendo todas as dimensões antropológicas (físico, psíquico, espiritual e social) e a inter-relação positiva entre elas (Ribeiro, 2004).

O alargamento do entendimento do conceito e âmbito da saúde veio alertar profissionais de saúde, educadores, políticos, decisores e líderes dos diversos setores sociais para uma abordagem transversal e pluridisciplinar da questão da saúde, incluindo, entre outros, a importância da promoção da prevenção do risco, da proteção da saúde física, da promoção do bem-estar, do incremento das dimensões sociais e culturais, da melhoria das condições de vida dos cidadãos, do desenvolvimento cognitivo, da integração social, da promoção da cidadania, da participação na construção do bem comum, do incentivo ao desenvolvimento e certificação de competências, do alargamento das redes sociais de apoio, do interesse crescente pela qualidade dos contextos onde se desenvolvem os indivíduos (Lyubomirsky, 2008; Ribeiro, 2009).

Segundo a perspectiva positiva da saúde / bem-estar, o princípio de construir e estruturar recursos interiores no indivíduo deve estar na base da promoção da saúde / bem-estar, isto é, entre outras coisas, deve estimular no indivíduo coragem, competências interpessoais, racionalidade, *insight*, otimismo, honestidade, perseverança, realismo, capacidade para desfrutar o prazer, capacidade para colocar os problemas em perspectiva, e para encontrar propósito e orientação para o futuro (Prada, 2005). Visa-se o bem-estar e o funcionamento ótimo ampliando o alargamento do foco da intervenção para além do risco e da sua consequente redução (Seligman et al., 2005). Não é propriamente transladar o foco da investigação do negativo para o positivo, mas abordar o estudo do ser humano a partir de uma perspectiva integradora sobre a qual o indivíduo se concebe como um agente ativo que constrói a sua própria realidade (Prada, 2005).

3.2.3 Modelos Psicológicos do Bem-Estar

O objetivo da psicologia positiva foi dar um impulso ao estudo do positivo, que até há poucos anos era muito escasso.

3.2.3.1 Modelo de Jahoda

O enfoque de Jahoda (1958) centra-se na saúde mental do indivíduo, assumindo a necessidade de ter em conta aspetos de saúde física e aspetos sociais, apesar de não apresentar desenvolvimentos específicos neste sentido. Assume que ter uma boa saúde física é uma condição necessária ainda que não suficiente para ter uma boa saúde mental, apresentando vários componentes de saúde mental positiva. O modelo expõe uma série de critérios, mais racionais e teóricos do que derivados da investigação empírica.

Tabela 1 – Características da saúde mental positiva segundo Jahoda (1958)

CRITÉRIOS	DIMENSÕES
1. Atitudes para si mesmo	<ul style="list-style-type: none"> • Acessibilidade do eu à consciência • Concordância eu real – eu ideal • Sentimentos para si mesmo (autoestima)

	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de identidade (<i>Sense of identity</i>)
2. Crescimento, desenvolvimento e autoatualização	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação geral para a vida • Implicações na vida
3. Integração	<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio das forças psíquicas (equilíbrio entre o <i>id</i>, o <i>ego</i> e o <i>superego</i> ou entre os fenómenos psíquicos conscientes, pré-conscientes e inconscientes). • Visão integral da vida. • Resistência ao <i>stress</i>
4. Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregulação • Conduta independente
5. Perceção da realidade	<ul style="list-style-type: none"> • Perceção não distorcida • Empatia ou sensibilidade social
6. Controlo ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de amar • Adequação no amor, no trabalho e no jogo • Adequação nas relações interpessoais • Eficiência no lidar com as exigências situacionais • Capacidade de adaptação e de ajuste • Eficiência na resolução de problemas

O interesse do modelo de Jahoda radica na proposta detalhada sobre as dimensões ou variáveis que cobririam determinados critérios e na proposta de empregar diversas estratégias de medida. O modelo em si foi um ponto de partida que praticamente ficou no esquecimento até há poucos anos e, com alguma exceção (Lluch, 1999; 2002), não foi motivo de investigação e desenvolvimento teórico.

3.2.3.2 A Teoria da Autodeterminação de Deci e Ryan

A teoria da autodeterminação resulta de um intenso programa de investigação, liderado por Edward Deci e Richard Ryan, onde foram avaliadas algumas das propostas que o movimento humanista de meados do século XX tinha deixado. A sustentação da teoria radicava numa das premissas básicas do humanismo: o bem-estar é fundamentalmente a consequência de um funcionamento psicológico ótimo (Rogers, 1963), e não da frequência de experiências prazenteiras. Por seu lado, este funcionamento psicológico saudável implica: (1) uma adequada satisfação das necessidades psicológicas básicas, correspondendo à vinculação, às competências e à autonomia; (2) um sistema de metas

congruentes e coerentes, ou seja, as metas devem ser mais intrínsecas do que extrínsecas, coerentes com os próprios interesses e valores assim como com as necessidades psicológicas básicas.

Ainda que estes autores sustentem que a vinculação, a competência e a autonomia são os nutrientes básicos e inatos essenciais para o bem-estar (Deci & Ryan, 2000), outros investigadores propõem a existência de outras necessidades básicas, de forma adicional, como são exemplo, a segurança (Andersen, Chen & Carter, 2000), ou o sentido para a vida (Baumeister, 1991; Frankl, 1991).

Tal como as teorias cognitivas apoiam que experiências negativas precoces podem ter um papel importante no desenvolvimento de esquemas cognitivos disfuncionais, estes autores propõem que a experiência precoce de privação numa ou várias destas áreas básicas pode gerar a aparição de necessidades substitutivas ou motivos compensatórios (Deci & Ryan, 2000). Entre as necessidades substitutivas mais frequentes encontrar-se-ia, por exemplo, o desejo de admiração ou de dominação, cuja função seria reduzir a sensação de insatisfação pelas carências ao nível das necessidades básicas. A manutenção no tempo destas necessidades substitutivas dá lugar a um círculo vicioso: a pessoa pode valorizar em excesso metas compensatórias (por exemplo o desejo de admiração, o êxito económico, o sucesso, a imagem), e obviar as necessidades básicas. E isto manteria a sua sensação de insatisfação, aumentando em consequência a intensidade das motivações compensatórias. No âmbito clínico, pode-se observar a presença de algumas destas motivações compensatórias em certas perturbações de personalidade, como por exemplo as perturbações narcisistas (isto é, o desejo de grandiosidade) e histriónicas (isto é, o desejo de atenção); e numa perspetiva mais geral, frequentemente o clínico enfrenta pessoas com uma marcada falta de “insight” para reconhecer as suas necessidades básicas e trabalhar por elas (Cloninger, 2006).

Fruto das investigações (Deci & Ryan, 2000), observou-se que as pessoas que mostram maior satisfação percebida nas necessidades básicas apresentam níveis mais elevados de bem-estar quotidiano (Reis, Sheldon, Gable, Roscoe & Ryan, 2000). Também se

observou que, na predição do bem-estar, é mais importante a existência de um equilíbrio na satisfação das necessidades básicas do que um alto nível de satisfação apenas em alguma delas (Sheldon & Niemiec, 2006). Outros estudos têm mostrado que as pessoas com metas coerentes com os respectivos interesses, valores e necessidades apresentam maiores níveis de bem-estar (Sheldon & Elliot, 1999), e que as pessoas com metas internamente congruentes entre si também apresentam maiores níveis de bem-estar (Sheldon & Kasser, 2001).

3.2.3.3 Modelo de Bem-Estar Psicológico de Ryff

Carol Ryff reviu as propostas prévias para construir um modelo que incluísse os distintos aspetos do funcionamento humano ótimo (Ryff, 1989, 1995; Ryff & Singer, 1998). Tal como o anterior modelo, define o bem-estar psicológico a partir de elementos não hedónicos, isto é, não inclui a quantidade de emoções positivas ou de prazer como um preditor em si mesmo do funcionamento psicológico ótimo, mas antes como uma consequência.

O modelo de Ryff apresenta seis dimensões básicas que delimitariam o espaço da saúde / bem-estar, diferenciando o que se entenderia por um funcionamento ótimo de um funcionamento deficitário.

Tabela 2 – Dimensões Propostas no Modelo de Saúde / Bem-Estar de Carol Ryff

DIMENSÃO	NÍVEL ÓTIMO	NÍVEL DEFICITÁRIO
Controlo ambiental	<ul style="list-style-type: none"> Sensação de controlo e competência Controlo de atividades Tira proveito de oportunidades Capacidade de criatividade ou de escolher contextos 	<ul style="list-style-type: none"> Sentimentos de indefesa <i>Locus</i> externo generalizado Sensação de descontrolo
Crescimento pessoal	<ul style="list-style-type: none"> Sensação de desenvolvimento contínuo Vê-se a si mesmo em progresso Aberto a novas experiências Capaz de apreciar os melhoramentos pessoais 	<ul style="list-style-type: none"> Sensação de não aprendizagem Sensação de não estar a melhorar Não transferir desaires passados para o presente
Propósito na vida	<ul style="list-style-type: none"> Objetivos na vida Sensação de seguir um rumo Sensação de que o passado e o presente têm 	<ul style="list-style-type: none"> Sensação de estar sem rumo Dificuldades psicossociais Funcionamento pré-mórbido

	sentido	baixo
Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de resistir a pressões sociais • É independente e tem determinação • Regula a sua conduta a partir de dentro • Autoavalia-se com os seus próprios critérios 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo nível de assertividade • Não mostrar preferências • Atitude submissa e complacente • indecisão
Autoaceitação	<ul style="list-style-type: none"> • Atitude positiva para consigo mesmo • Aceita aspetos positivos e negativos • Valoriza positivamente o seu passado 	<ul style="list-style-type: none"> • Perfeccionismo • Mais uso de critérios externos
Relações positivas com outros	<ul style="list-style-type: none"> • Relações estreitas e sinceras com outros • Preocupado com o bem-estar dos outros • Capaz de forte empatia, afeto e intimidade 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Deficit</i> no afeto, intimidade, empatia

Enquanto a teoria da autodeterminação de Deci e Ryan é uma teoria mais ampla sobre o desenvolvimento, motivação e bem-estar humanos, onde se concebem as necessidades básicas como um patamar prévio e necessário para o bem-estar, no modelo de Ryff as dimensões apresentadas são consideradas como índices de bem-estar propriamente ditos mais do que preditores de bem-estar (Vázquez & Hervás, 2008).

O modelo de Ryff acabou por ter um importante impacto, pelo facto da autora ter construído um questionário para avaliar as seis dimensões do bem-estar (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). Além disso, esta proposta foi submetida a um processo de validação extenso tanto em amostras de pessoas “normais” como em amostras de pacientes com perturbações mentais. Os estudos de Giovanni Fava são de especial relevância pois manifestam a conveniência de utilizar medidas de bem-estar como um critério substancial de mudança clínica e psicológica entre as intervenções psicoterapêuticas. Os dados de investigações longitudinais assinalam que este bem-estar não é como um traço, mas que apresenta mudanças dinâmicas que refletem ajustes e transações, o que permitiria utilizá-lo como um indicador sensível à mudança (Fava, Ruini, 2003; Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Salmaso, Manguelli et al., 2005).

Um dado interessante é que o comportamento deste e de outros instrumentos de bem-estar, em amostras de pacientes com diversos problemas de adaptação, reflete que a saúde mental positiva é relativamente independente da saúde mental negativa (Keyes,

2005). A própria Carol Ryff e a sua equipa aportaram dados de grande interesse ao mostrar que estes elementos eudaimónicos não só estão correlacionados com o bem-estar subjetivo ou a satisfação com a vida como com parâmetros de saúde física (Ryff & Singer, 2006; Ryff, Singer & Love, 2004).

3.2.3.4 Modelo de Bem-Estar de Keyes

Corey Keyes propôs um modelo de dimensões do bem-estar que, embora parta do modelo de Ryff, expande-o para cobrir aspetos hedónicos e, sobretudo, o que ela denomina “bem-estar social” (Keyes & Waterman, 2003). No seu modelo distingue três âmbitos diferentes para operacionalizar a saúde mental positiva: (1) bem-estar emocional: elevado afeto positivo e baixo afeto negativo, com elevada satisfação com a vida; (2) bem-estar psicológico: incorpora as seis dimensões propostas no modelo de Ryff; (3) bem-estar social.

O que Keyes denomina bem-estar social é um elemento que, embora medido a partir de uma perspetiva psicológica subjetiva, pertence menos à esfera privada e supõe incluir critérios mais relacionados com o funcionamento social e comunitário. Isto é, o nível de bem-estar social expressaria em que medida o contexto social e cultural em que cada um vive é percebido como uma envolvência nutriente e satisfatória. Supõe-se que estes elementos não afetem apenas a perceção de satisfação individual mas que também sirvam às pessoas como critérios para julgar o estado de saúde de outras pessoas. Um anacoreta pode-se sentir feliz e ditoso mas, por exemplo, poderia ser considerado por outros como uma pessoa que não aporta nada ao grupo ou à sociedade. Estes critérios, portanto, tomam em consideração os indivíduos dentro do tecido social em que se desenvolvem (Vázquez & Hervás, 2008).

Segundo a autora, haveria cinco diferentes dimensões no âmbito do bem-estar social: (1) coerência social, isto é, perceber que o mundo social tem lógica, é coerente e predizível; (2) integração social, isto é, sentir-se parte da sociedade e sentir-se apoiado e com elementos a partilhar; (3) contributo social, isto é, perceção de que cada um

contribui com algo valioso para a sociedade em geral; (4) atualização social, isto é, ter a sensação de que a sociedade é um marco que cresce e se desenvolve permitindo também o crescimento e a atualização pessoal; (5) aceitação social, isto é, ter atitudes benévolas e positivas para as pessoas, sentir que o mundo não é um lugar hostil e cruel.

Os dados apoiam a validade de distinção destes três tipos de bem-estar, embora sejam desejáveis mais estudos (Keyes, 2005). O componente social e comunitário parece de enorme importância para poder expandir o conceito de bem-estar para além da esfera individual (Keyes & Waterman, 2003; Lima & Novo, 2006).

3.2.3.5 Modelo das Três Vias de Seligman

A análise da investigação sobre o bem-estar e a reflexão sobre as tradições filosóficas encaminhou Martin Seligman para a conclusão de que os resultados se podiam resumir em três dimensões conducentes ao bem-estar: (1) a vida prazenteira (*pleasant life*), que inclui as emoções positivas do passado, do presente e do futuro; (2) a vida comprometida (*engaged life*), que se refere ao exercício diário dos recursos pessoais com vista a desenvolver o maior número de experiências ótimas, como é exemplo o *flow*; (3) a vida com significado (*meaningful life*), que inclui o sentido de vida e o desenvolvimento de objetivos que vão além de si mesmo (Seligman, 2003; Vázquez & Hervás, 2008).

A sua proposta não está disposta como uma teoria, nem sequer como um modelo, mas antes como uma forma de sintetizar a investigação realizada neste campo até ao momento e de a estruturar para o futuro (Duckworth, Steen & Seligman, 2005). No fundo, procura-se oferecer um panorama integrador a partir dos dados empíricos existentes sem tentar indicar qual deve ser o caminho (ou caminhos) que, com maior probabilidade, possam conduzir ao bem-estar.

Embora Seligman considere estas vias como relativamente independentes, de um modo relativamente implícito, vai adiantando uma certa hierarquia entre estas diferentes

plataformas: no desenvolvimento e construção do bem-estar, dá maior relevo ao desenvolvimento da vida comprometida e da vida com significado em relação à vida prazenteira (Duckworth et al., 2005). Não obstante, estas são hipóteses ainda não suficientemente respondidas.

3.2.4 O Desenvolvimento Positivo

De acordo com o estudo de Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak e Hawkins (2002), as abordagens teóricas recentemente propostas na promoção do desenvolvimento positivo apontam três vetores fundamentais que influenciam os comportamentos relacionados com a saúde / bem-estar: (1) a intenção e atitude do indivíduo; (2) a existência de recursos no contexto ou a qualidade das relações com os contextos que permitam a realização dos comportamentos; (3) o incremento nas competências do indivíduo (desenvolvimento das capacidades para realizar determinados comportamentos).

Todos estes contributos trazem um valor acrescentado à promoção da saúde e do bem-estar, nomeadamente: (1) uma maior sensibilidade das populações e maior relevo atribuído às intervenções preventivas endereçadas aos vários contextos do indivíduo; (2) a adoção de uma perspetiva que reconhece, ao longo do desenvolvimento humano, a variação das características e necessidades das populações em termos de saúde e bem-estar; (3) a inclusão de aspetos fenomenológicos e socioculturais do comportamento humano, nomeadamente, os determinantes de opções comportamentais, implicando a introdução de conceitos como bem-estar, qualidade de vida, competências, expectativas, participação social, resiliência; (4) a assimilação de uma perspetiva ecológica e sistémica, onde fica mais evidente para a saúde e para o bem-estar a interação com grupos como a família, a escola, a comunidade onde se vive, o trabalho, o apoio social; (5) o relevo atribuído ao estudo dos aspetos socioculturais e o seu impacto na fundamentação de decisões, de programas e de intervenções em prol da saúde das populações; (6) a necessidade de recolha de informação e avaliação de intervenções através de estratégias baseadas em metodologias qualitativas e nas teorias da

comunicação interpessoal e dinâmica de grupo; (7) a colaboração de profissionais de distintas disciplinas nos desafios da saúde. (Matos, 2005).

Se estar bem não é só deixar de estar mal, torna-se necessário desenvolver e utilizar novas aproximações e estratégias para prevenir problemas, para se centrar em aspetos positivos, para incrementar um processo, uma direção, uma perspetiva, uma dinâmica em que o indivíduo é chamado a participar de modo ativo, na procura da realização pessoal, da realização do bem comum e na construção progressiva desse bem-estar (Costa & López, 2006; Keyes & López, 2002; WHO, 1986).

As provas científicas revelam razões de peso para se aspirar e se promover a construção de um maior bem-estar: competências sociais mais alargadas, mais energia, maior generosidade, melhor disposição para a cooperação comunitária e para a cidadania, autoperceção de realização pessoal, maior flexibilidade, criatividade e engenhosidade na maneira de pensar, produtividade mais elevada nas tarefas desenvolvidas, maior fortaleza perante as adversidades, maior capacidade para enfrentar frustrações, tensões, dificuldades e desilusões, sistema imunitário mais eficaz, maior saúde física e longevidade, melhores resultados, mais experiências de alegria, satisfação e amor, melhor saúde mental, reforço do autoconceito, da autoconfiança e da autoestima, postura mais animadora e otimista, etc. (Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Diener, Nickerson, Lucas & Sandvik, 2002; Lyubomirsky, 2008).

Para que a promoção da qualidade de vida e do bem-estar se torne possível torna-se necessário, antes de mais, a concorrência de aspetos objetivos, referentes à disponibilidade de bens e serviços a cada indivíduo, aos grupos sociais mais reduzidos (família, escola, bairro), e aos grupos sociais mais alargados (freguesia, município, país). Depois é imprescindível a valorização dos aspetos subjetivos, referentes ao que está em relação com a própria vida (Ardila, 2003; Barrientos, 2005; Diaz & Alvarado, 2007; Palomar, Lanzagorta, & Hernández, 2004; Liberalesso, 2002). Deste modo, os recursos pessoais para o bem-estar e para a qualidade de vida relacionada com a saúde passam necessariamente pelos componentes cognitivos e afetivo-emocionais de cada

indivíduo que, como é sabido, são partes inseparáveis nos processos de consciência, decisão e execução (Damásio, 2010; Diaz & Alvarado, 2007). O componente cognitivo tem mais a ver com a satisfação com a vida, tanto na abordagem global como por domínios específicos, e o componente afetivoemocional tem mais relação com os sentimentos positivos, também denominados por alguns autores de “felicidade”, e as emoções negativas (Arita, 2005; Moyano, Acevedo & Avendaño, 2006).

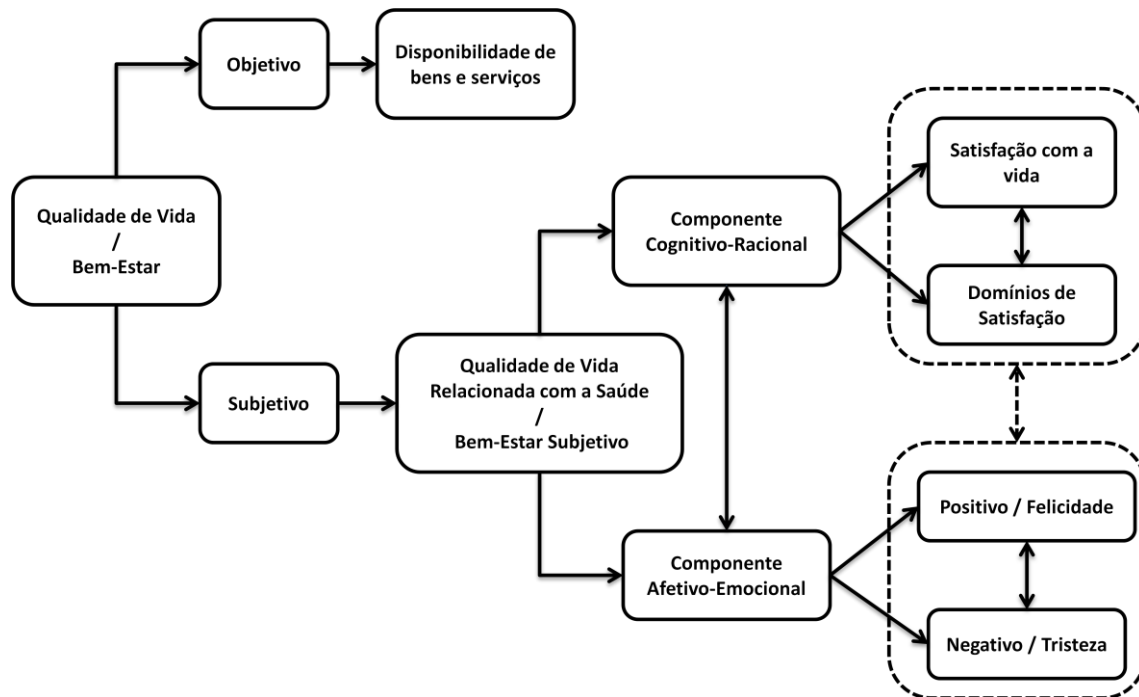


Figura 2 – Modelo adaptado de Moyano, Acevedo & Avendaño, 2006

Existe evidência empírica de que os aspetos objetivos, os recursos económicos e materiais têm influência nos aspetos subjetivos (Barrientos, 2005; García, 2002; Layard, 2005; Rueden & The European Kidscreen group, 2006), embora a literatura também refira que, uma vez superado o limiar de subsistência com dignidade (alimentação, água, casa, segurança, sistema de saúde, saneamento básico), o aumento do poder de compra e do estatuto socioeconómico não se correlaciona com incrementos significativos nos níveis de bem-estar subjetivo e qualidade de vida relacionado com a

saúde (Diener & Biswas-Diener, 2002; Kahneman et al., 2006). Os componentes cognitivo e afetivoemocional estão intrinsecamente entretecidos (Diaz & Alvarado, 2007; Lyubomirsky, 2008), existindo dificuldades para avaliar esta relação. Assim há autores que sustentam que são componentes independentes e outros que afirmam que são aspectos relacionados.

A saúde / bem-estar desenvolve-se ao longo de um *continuum*, numa interação dinâmica consigo próprio, com os contextos, com as circunstâncias de vida, com a história pessoal, com o estilo de vida (padrões comportamentais em constante revisão e enriquecimento), com a qualidade das relações que se vão estabelecendo. A saúde / bem-estar refere-se à experiência de alegria, da satisfação com a vida, combinada com a sensação de que a vida é boa, tem sentido e vale a pena (Lyubomirsky, 2008).

Apesar do conceito de desenvolvimento positivo se manter um construto aberto, sem uma definição concreta e clara, os estudos permitem identificar fatores promotores de maior bem-estar / saúde e que fazem parte do âmbito das ações deliberadas pelo próprio indivíduo: “bonding” / ligação, resiliência, competências sociais, competências afetivo-emocionais, competências cognitivas, competências de vida, assertividade, autodeterminação, autonomia na tomada de decisão, espiritualidade, perceção de autoeficácia, identidade positiva, expectativas positivas de futuro, envolvimento pró-social e normas sociais, padrões positivos de saúde, estratégias para lidar com o *stress* e adversidades, otimismo e amabilidade, viver o presente e gratidão, meditação e espiritualidade, atividade física e lazer, sentido de vida e compromisso com os próprios objetivos, recursos pessoais e sentir-se capaz (Catalano et al., 2002; Lyubomirsky, 2008; Matos & Sampaio, 2009; Williams, Holmbeck & Greenley, 2002; Zweig, Phillips & Lindberg, 2002).

O bem-estar parece oferecer em todos os âmbitos da vida produtos secundários positivos que poucos tiveram tempo de compreender realmente. Ao experimentar maior bem-estar, não só aumentam as experiências de alegria, satisfação, amor, orgulho e respeito, como também melhoram outros aspetos da vida como o nível de energia, o

sistema imunitário, a dedicação ao trabalho e aos outros, a saúde física e mental. Ao aumentar o bem-estar também se reforça a sensação de confiança em si próprio a autoestima, a convicção de que se é digno e merecedor de respeito. Procurar maior bem-estar não só beneficia o próprio indivíduo, como os que lhe são mais próximos, a família, a comunidade e até a sociedade em geral (Lyubomirsky, 2008; Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

A pessoa preocupada com a saúde / bem-estar parece capaz de passar por cima das frustrações, das tensões, das dificuldades, das desilusões; é capaz de se recompor em cada momento e de assumir uma perspectiva construtiva e positiva; vê um desafio onde outros vêem uma ameaça; adota uma perspectiva animadora e otimista quando outros se sentem desconfiados e abatidos; sente o impulso para fazer coisas criativas, quando outros ficam inativos e passivos (Lyubomirsky, 2008).

Os adolescentes que apresentam maior saúde / bem-estar experienciam com maior frequência emoções positivas e poucas emoções negativas, avaliando a sua vida global de forma positiva. Manter níveis positivos de bem-estar surge como crucial para a adaptação. Baixos níveis de bem-estar trazem consequências negativas a nível intrapessoal e interpessoal, nomeadamente rejeição interpessoal, ansiedade, depressão e risco de comportamentos desadaptados. Numa perspectiva evolutiva um bem-estar subjetivo predominantemente positivo é vantajoso pois motiva a sociabilidade humana, promove comportamentos exploratórios, curiosidade e estratégias de *coping* (McCullough, Huebner & Laughlin, 2000).

A promoção de saúde / bem-estar implica que os contextos socializadores adotem um apoio ativo do bem-estar físico, mental e social dos indivíduos. A prevenção de saúde preocupa-se com fatores que podem ser ameaças à saúde / bem-estar, assim como com intervenções preventivas baseadas na medição da saúde das crianças e dos adolescentes a todos os níveis (Detmar & European Kidscreen Group, 2006).

A abordagem multidimensional da qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescente permite obter o conhecimento necessário ao desenvolvimento de métodos de promoção de qualidade de vida nestes grupos etários. É também importante para identificar fatores de risco ao bem-estar das crianças e adolescentes e, finalmente, prevenir efeitos negativos desses fatores (Helseth & Lund, 2005).

Não há uma única estratégia mágica que ajude cada pessoa a ter maior bem-estar. Todos têm necessidade, interesses, valores, recursos, inclinações particulares que sem dúvida predis põem a dedicar esforço e a obter vantagens de algumas estratégias mais do que outras. Se há algum “segredo” para maior bem-estar, este consiste em determinar que estratégias de bem-estar são mais convenientes para cada indivíduo segundo o género, a idade e as circunstâncias. A investigação sugere que se houver uma boa adequação, um interesse genuíno, verdadeira motivação para tratar e conseguir maior saúde / bem-estar, o esforço será continuado e perseverante e o indivíduo “sentir-se-á bem” com o que faz, havendo maior probabilidade de conseguir (Lyubomirsky, 2008; Lyubomirsky, Sousa & Dickerhoof, 2006; Sheldon & Lyubomirsky, 2006; Dickerhoof, 2007).

3.2.4.1 Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde nos Adolescentes

O interesse pelo conceito de qualidade de vida na área da saúde é relativamente recente e decorre dos novos paradigmas que têm influenciado práticas e políticas do setor da saúde nas últimas décadas. Tem aplicação e relevância para as pessoas de todas as faixas etárias, de todas as culturas, estatuto socioeconómico ou localização geográfica (Robitail & the Kidscreen Group, 2007). Relaciona-se com todos os aspetos do bem-estar da pessoa (físico, psicológico, espiritual e social) e inclui os seus contextos (Harding, 2001).

Cummins (2005) defende os princípios da concetualização de qualidade de vida como um construto: (1) multidimensional e influenciado por fatores pessoais e ambientais e pela sua interação; (2) tem componentes semelhantes para todas as pessoas; (3)

apresenta componentes objetivos e componentes subjetivos; (4) é influenciado pela autodeterminação, pelos recursos, pelo sentido da vida e pela percepção de pertença.

Os aspetos objetivos podem ser observados e medidos a nível do domínio público, através de medidas de quantidade e de frequência; os aspetos subjetivos apenas existem na consciência privada do indivíduo, sendo avaliados através da resposta fornecida pelo indivíduo a sucessivas questões (Cummins, 2005; Ribeiro, 2003; Skevington, Lofty & O'Connell, 2004).

A natureza multidimensional do construto foi validada pela OMS, de modo empírico, a partir de quatro dimensões ou fatores: (1) física, relativa à percepção que o indivíduo tem da sua condição física; (2) psicológica, referente à percepção que o indivíduo tem da sua condição física e cognitiva; (3) social, associada à percepção que o indivíduo tem das suas relações e papéis sociais; (4) ambiente, relativa à percepção que o indivíduo tem do contexto onde decorre a sua existência. Além destas dimensões, obteve-se uma avaliação da qualidade de vida percebida de um modo geral, chegando-se ao Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL, 1995; 1998).

A literatura apresenta uma abordagem holística da qualidade de vida, que incorpora e inter-relaciona diferentes domínios, nomeadamente, bem-estar emocional, relações interpessoais, bem-estar material e financeiro, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, autodeterminação, inclusão social e direitos humanos (Schalock, 2004).

Ravens-Sieberer e o grupo Europeu Kidscreen (2005) defendem que a concetualização de qualidade de vida relacionada com a saúde implica um modelo compreensivo de saúde subjetivo e multidimensional. Os autores salientam que a qualidade de vida relacionada com a saúde pode ser vista como um construto psicológico que descreve aspetos físicos, psicológicos, mentais, sociais e funcionais do bem-estar.

Tem-se desenvolvido um crescente reconhecimento dos direitos individuais de crianças e adolescentes. Os adolescentes são reconhecidos como atores sociais nas próprias vidas, nas vidas dos outros e na sociedade em que vivem. Assim, a qualidade de vida

relacionada com a saúde é vista como um aspeto do foro social mais do que um aspeto da personalidade do adolescente (Warming, 2003). Se os adolescentes apresentarem mais fatores protetores, irão avaliar a sua qualidade de vida como mais elevada. O fator protetor pode mediar a relação entre as características e as competências do adolescente e, consequentemente, a sua qualidade de vida (Lawford & Eiser, 2001; Morgan, 2007).

A qualidade de vida e o bem-estar implicam, mais do que a ausência de maus-tratos e *deficits*, qualidades positivas nos contextos do adolescente. O desenvolvimento psicossocial deve ser considerado sob uma perspetiva ecológica que foca múltiplos níveis de análise: o adolescente, os pais e família, os pares, a comunidade e sociedade, os *media* (Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira & Linhares, 2006; Matos e Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2006; Matos, Gonçalves & Gaspar, 2005; Nelson, Laurendeau & Chamberland, 2001). O desenvolvimento psicossocial positivo e saudável é influenciado pela interação entre fatores individuais e ecológicos (Bronfenbrenner, 2005).

Foi neste enquadramento que surgiu o projeto Kidscreen, adotando como objetivo não apenas desenvolver um instrumento de medida de qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescente e seus pais, mas também descrever as relações com outros determinantes relevantes referidos na literatura: as variáveis demográficas (género, idade, estatuto socioeconómico), a saúde física e mental, a relação da criança / adolescente com os pais, a escola, os pares, o suporte social, o estado de saúde parental. As hipóteses para a construção da relação entre qualidade de vida relacionada com a saúde e os determinantes foram baseados no seguinte modelo (The Kidscreen Group Europe, 2006, pp. 33; Gaspar & Matos, 2008)

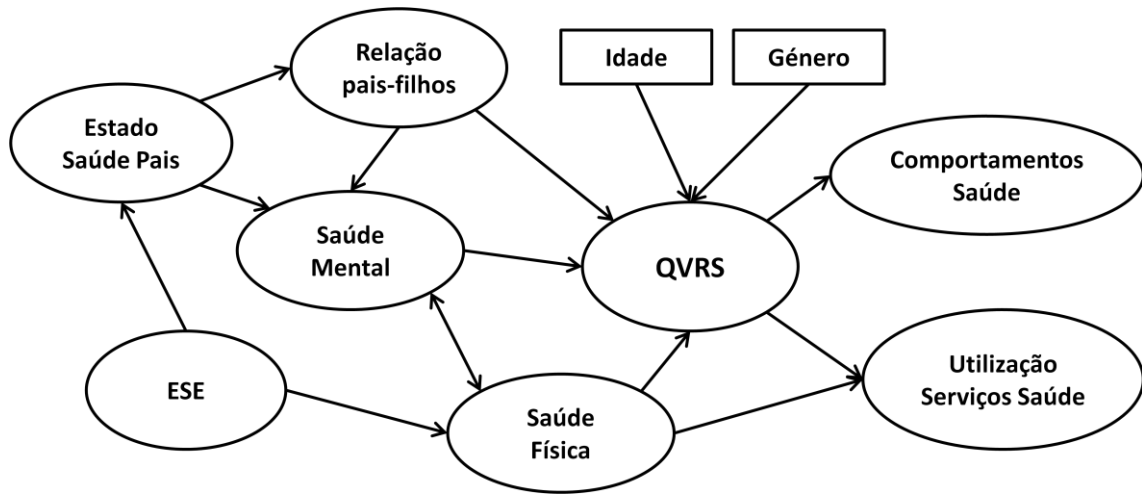


Figura 3 – Modelo Kidscreen (The Kidscrenn Group Europe, 2006, pp. 33).

3.2.4.2 Satisfação com a Vida

A satisfação com a vida surge intimamente relacionada com o bem-estar subjetivo e com a percepção subjetiva da qualidade de vida (Diener & Lucas, 2000). São salientados três aspetos do *self* associados a esta variável, nomeadamente, a autoestima (sentido do valor individual), controlo (sensação de controlo do ambiente segundo os seus desejos / necessidades) e o otimismo (sentido de otimismo face ao futuro) (Cummins & Nistico, 2002).

Para efeitos de identificação de problemas gerais de satisfação com a vida, alguns questionários incluem itens relativos à percepção de bem-estar ou percepção de felicidade pessoal. Alguns estudos associam a percepção de bem-estar e felicidade pessoal a menos comportamentos ligados ao risco e a mais comportamentos de proteção da saúde (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Matos e Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2003; 2006).

A satisfação com a vida, como indicador do bem-estar psicológico positivo, tem sido definida como uma avaliação cognitiva global ou de importantes domínios como são o

caso da família, da escola / resultados académicos, autonomia, amigos, estatuto socioeconómico, tempo livre, ou outros (Diener, 1994; García, 2002; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999, García-Viniegras & González, 2000; Liberalesso, 2002). Os domínios mais próximos e imediatos à vida pessoal dos adolescentes são os que têm maior influência sobre a satisfação com a vida. Assim, as pessoas avaliam o seu estado atual com as expectativas de futuro que alimentam para si próprias (por influência familiar, por convicção pessoal, por influência cultural ou dos pares...), onde a satisfação com a vida é a discrepância percebida entre as suas aspirações e aquilo que conseguem (García-Viniegras & González, 2000). O bem-estar subjetivo aumenta à medida que se verifica uma aproximação progressiva das metas definidas na vida (êxito, sucesso, objetivos conseguidos), que se incrementa a perceção de eficácia (Arita, 2005). A satisfação seria um estado psicológico resultante da transação entre o indivíduo (personalidade, convicções pessoais, gostos e anseios), a sua envolvência micro social (família, escola, pares, apoio social e comunitário), e macro social (rendimento económico, cultura, expectativas de possibilidade de realização) (Díaz, 2001; García-Viniegras & González, 2000).

3.2.4.3 Felicidade

No que concerne ao conceito de felicidade, tem-se proposto que se trata de um estado psicológico de âmbito afetivo, relacionado com a frequência e intensidade de emoções positivas e negativas, num amplo espectro de vivências, sendo observável nas populações dos países independentemente do nível de desenvolvimento alcançado por estes. Assim, tanto em países muito ricos como muito pobres encontram-se pessoas felizes e, além disso, há pessoas felizes independentemente do seu nível educacional, dos recursos económicos e de outras circunstâncias como doenças crónicas (Argyle, 2001; Ebert, Tukcer & Roth, 2002; Lyubomirsky, 2008). Não obstante o carácter predominantemente afetivo e emocional que os autores atribuem ao conceito “felicidade”, também envolve uma dimensão cognitiva associada à avaliação que o indivíduo faz da sua vida (Ballesteros, Medina & Caycedo, 2006; Cuadra & Florenzano, 2003). Apesar do indiscutível valor em si, animar (promover, alentar) para a felicidade e

o bem-estar nas pessoas é desejável também porque ambos os estados estão associados à saúde física e mental, à criatividade e, muito principalmente, porque se tornam fatores protetores de depressão e suicídio, entre outros fenómenos psicopatológicos. Existe alguma evidência proveniente de estudos longitudinais de mais de 20 anos na população europeia finlandesa, que mostram que o nível de felicidade é um preditor muito significativo do suicídio tanto para o género masculino como para o género feminino (Koivumaa-Honkanar, Honkanar, Koskenvuo & Kaprio, 2003).

Watson (2000) sugere que altos índices de afetos negativos estão amplamente associados com psicopatologia de diferentes tipos, constituindo-se como um fator de suscetibilidade inespecífico. Baixos índices de afetos positivos, por sua vez, parecem estar relacionados com transtornos do humor, particularmente a depressão melancólica (Watson, 2000).

3.3. Adolescência e Contextos

3.3.1 Introdução

O indivíduo se encontra-se em permanente interação com múltiplos contextos, mas são aqueles que reúnem as pessoas ou grupos com quem se partilha laços, interesses, comportamentos e crenças, que têm maior eco na vida do adolescente. Assim sendo, a família, os amigos e a escola constituem os contextos de relevo na socialização do adolescente (Simões, 2007; Trallero, 2010). É prevalentemente no seio destes contextos que o adolescente assimila as convenções e invenções culturais com as suas ligações sociais, económicas, políticas e religiosas. A cultura que se respira nestes contextos de referência do adolescente define e modela o que cada um pensa acerca de si mesmo e dos outros, assim como a perceção que tem de si e das reações dos outros perante si (Trallero, 2010).

O desenvolvimento dos recursos pessoais do adolescente, nos componentes cognitivo e afetivoemocional resulta da interação entre as suas características biológicas, fundamentalmente genéticas, as circunstâncias de vida (variáveis que estão fora do alcance do indivíduo) e as opções deliberadas ou comportamentais, designadamente o estilo de vida adotado. É lógico depreender que as opções deliberadas do adolescente devem muito à qualidade da relação estabelecida com os contextos envolventes (Lyubomirsky, 2008; Lyubomirsky, Sheldon & Schkade, 2005; Trallero, 2010). Como tal, a qualidade dos contextos relacionais associam-se diretamente à qualidade dos recursos pessoais do adolescente que, por sua vez, estão na base das opções comportamentais e dos estilos de vida que podem ter uma associação mais ou menos positiva com os índices de bem-estar.

Seria um erro ficar ancorado concebendo a adolescência como uma etapa passiva do desenvolvimento, cujo resultado é simplesmente fruto das influências socioculturais recebidas por cada adolescente em cada momento histórico. Os adolescentes respondem diante dessas influências, modelando-as por sua vez de algum modo, em colaboração às vezes com as suas próprias famílias e quase sempre com os seus pares (Canino & González, 2003; Trallero, 2010).

O desenvolvimento adolescente entra numa progressiva busca de autonomia, de identidade própria, que origina alterações nas relações sociais. Os adolescentes reconhecem que a família é o fator que mais os ajudou durante a infância a ter segurança, a sentir-se protegidos. Mas à medida que se avança na adolescência, apesar da relação com os pais se manter como a mais influente em grande parte das decisões (estudos, crenças, profissão futura, questões económicas, éticas e sociais), o seu papel já não é reconhecido como preponderante. Os sentimentos de amizade com os pares e a integração em grupo tendem a ocupar o primeiro lugar, sendo potenciados pelo passar mais tempo fora de casa e pelas novas tecnologias de comunicação, como é o caso da *internet* e do telemóvel. Tudo isto sucede ao mesmo tempo que se reduz a intimidade familiar e piora a perceção que o adolescente tem da família (Lei & Wu, 2007; Lee & Chae, 2007; Susman & Rogol, 2004).

3.3.2 Influências Socioeconômicas

Os estudos têm sugerido o impacto negativo do estatuto socioeconômico baixo: a pertença a comunidades deprimidas ou a classes sociais baixas repercute-se tanto física como emocionalmente, tanto cognitiva como comportamentalmente, nas crianças e adolescentes, fazendo experimentar índices mais elevados de morbidade e mortalidade (Marmot, 2005; Trallero, 2010).

A influência negativa do estatuto socioeconômico baixo sobre o desenvolvimento cognitivo e afetivoemocional torna-se evidente durante a infância, intensificando-se ao longo da adolescência. Os efeitos mais usuais passam pelo *deficit* nas capacidades cognitivas e verbais, pior rendimento em provas de conhecimentos, maior frequência de retenções / repetições no percurso académico, necessidade de ajudas pedagógicas especiais, maior absentismo escolar, menor finalização dos estudos regulares, menor nível de alcance dos estudos superiores (Najman, Aird, Bor, O’Callaghan, Williams & Shuttlewood, 2004; Spurrier, Sawyer, Clark & Baghurst, 2003), maior número e mais intensos sintomas depressivos, mais perturbações interiorizadas (emocionais) e exteriorizadas (comportamentais), assim como maior risco de disfunções e enfermidades físicas (Compas, 2004; Friedman & Chase-Lansdale, 2002; von Rueden & the European Kidscreen group, 2006).

Nas sociedades estruturadas em classes sociais, cada descida de nível socioeconômico supõe um incremento paralelo de riscos para a saúde geral (Trallero, 2010).

Esta relação pode ser explicada pela presença de fatores de risco no contexto socioeconômico mais baixo, como é o caso da dificuldade de acesso a recursos materiais, do apoio social reduzido, de níveis de instrução mais baixos, dos comportamentos e hábitos de higiene / saúde, das crenças indevidamente sustentadas, das carências e sofrimentos de infância que se prolongam (e por vezes intensificam) na adolescência, das adversidades cumulativas (Power, 2002; Stansfeld, Head, Fuhrer, Wardle, & Cattell, 2003; Trallero, 2010).

O estatuto socioeconómico baixo, a pobreza, é considerado o marcador mais significativo da aparição de problemas, tanto de saúde física como mental nos adolescentes. O persistente estatuto socioeconómico baixo, mantido desde a infância e prolongado ao longo da adolescência, constitui um fator de risco estável, atraindo mais consequências para o adolescente do que uma situação transitória, uma vez que significa manter em permanente atuação indutores de *stress* concomitantes (Compas, 2004; Trallero, 2010), com menores expectativas de oportunidades, com dificuldades de acesso a recursos materiais e a apoio social (von Rueden et al., 2006; Stansfeld et al., 2003). Com efeito, a quantidade e gravidade dos problemas que se manifestam na pré-escola daqueles que vivem em condição de estatuto socioeconómico baixo são menores do que os observados durante o primeiro ciclo do ensino básico, e os destes, menores do que os adolescentes que frequentam o 2º e 3º ciclo do ensino básico e o ensino secundário (Compas, 2004).

Com frequência ao estatuto socioeconómico baixo estão associados ambientes insalubres, dificuldades de transmissão de valores, ausência de modelos na família, falta de informações corretas, deficientes redes sociais de apoio, dificuldades de integração social, menores índices de práticas de cidadania. Todos estes aspetos em separado e em conjunto constituem fatores de risco acrescido para a saúde do adolescente, que se encontra numa etapa de ajuste a numerosas mudanças que vivencia na primeira pessoa (Esnaola & Iturriaga, 2009; Gaspar, Pais-Ribeiro, Matos & Leal 2008; Simões, 2007; Organização Mundial de Saúde, 2001).

Embora os estudos associem o estatuto socioeconómico familiar com a autoperceção do estado de saúde dos adolescentes, também comprovam que o aumento do rendimento económico real das famílias nem sempre é acompanhado por um incremento semelhante de estilos de vida saudáveis, de bem-estar e de qualidade de vida (Rodríguez, 2009; von Rueden et al., 2006). As explicações adiantadas, por um lado, referem que o aumento do nível económico pode não corresponder a um aumento do estatuto, do poder ou de benefícios na comparação social; por outro lado, uma vez satisfeitas as necessidades básicas, a importância outorgada ao nível socioeconómico é relativizada passando a

autoestima a ser determinante na autopercepção da saúde; por outro lado, ainda, o aumento do rendimento económico poderá não corresponder a um crescendo do índice cultural e das competências de vida (Lyubomirsky, 2008; Rodríguez, 2009).

O estatuto socioeconómico mais elevado encontra eco na melhor percepção do estado de saúde, em resultados cognitivos e socioemocionais mais significativos, na maior satisfação com a vida, numa mais forte consciência de poder recuperar (resiliência), na diminuição dos riscos e experiências negativas, na autopercepção de qualidade de vida mais elevada (Bradley & Corwyn, 2002; Drukker, Kaplan, Feron, & van Os, J., 2003; Najman et al., 2004; Torsheim, Currie, Boyce, Kalnins, Overpeck & Haugland, 2004; Trallero, 2010).

O processo interativo permanente em que se encontra o indivíduo adolescente vai modificando os seus comportamentos, muito por influência do ambiente social em que se insere, nomeadamente o ambiente familiar. O adolescente, sem deixar de ser o que é, vai mudando com a idade em função dos *inputs* que recebe do ambiente. O comportamento de um adolescente concreto não é apenas fruto das suas mudanças hormonais e dos seus traços temperamentais, que sem dúvida têm peso, mas também das respostas emitidas pelos que o rodeiam, das oportunidades que lhe abrem e do significado que atribuem a essas mudanças (Nurmi, 2004; Trallero, 2010).

3.3.3 A Família

O estudo da relação com os pais, a valorização do impacto das suas dimensões particulares no bem-estar do adolescente, tem dado origem a um abundante corpo de literatura. Com efeito, há evidências de associações significativas entre as características da interação pais-filhos e os níveis de ajuste psicológico, de autonomia, de identidade, de competências sociais e académicas, de resiliência, de desenvolvimento integral dos adolescentes, dos recursos individuais, com repercussões na sua saúde física e mental (Berlin, Cassidy & Appleyard, 2008; Brooks & Goldstein, 2010; Carrillo, Ripoll-Nuñez, Cabrera & Bastidas, 2009; Çiviti & Çiviti, 2009; Laursen & Mooney, 2008; Moss, St-

Laurent, Dubois-Comtois & Cry, 2005). Por exemplo, num estudo com 490 estudantes (média de idade de 14 anos), Guilman e Huebner (2006) observaram que o relacionamento positivo com os pais corresponde a menores níveis de ansiedade e depressão, a elevados índices de esperança e a mais elevado bem-estar; num outro estudo com 698 estudantes entre os 11 e os 19 anos, Suldo e Huebner (2006) concluíram que o relacionamento positivo com os pais tinha efeitos na percepção do bem-estar, de competências sociais, de competências académicas e de autoeficácia emocional nos adolescentes.

A adolescência põe em cheque pelo menos duas gerações, a própria e a dos pais, às vezes de forma harmoniosa e outras como confrontação ou desafio. Tal como o adolescente muda a percepção de si mesmo e das suas relações, também a família experimenta os efeitos dessa transformação. O desenvolvimento adolescente arrasta consigo uma mudança substancial nas relações entre os pais e os filhos e entranha uma progressiva redução da interdependência pais-filhos, menor ascendência cognitiva e emocional dos pais e maior autonomia cognitiva e comportamental do adolescente (Fuentetaja & Masó, 2007).

Este complexo processo é suscetível de desencadear conflitos e produzir problemas. Contudo, a maior parte dos adolescentes costumam opinar que as relações com os seus pais são estáveis, sinceras e persistentes; assim, continuam a considerar os seus pais como fontes primárias de orientação, bem-estar e assistência (Steinberg & Morris, 2001). Esta apreciação positiva é tanto sustentada pelos adolescentes como pelos pais.

Durante a adolescência, a relação com os pais mantém-se como a mais influente das relações pessoais do adolescente e molda a maior parte das decisões importantes que o afetam, ainda que se vá diluindo a autoridade dos pais em decisões relativas a detalhes menores, tais como a indumentária ou o corte do cabelo. Embora a maioria dos adolescentes tenha um bom conceito da sua vida familiar, a percepção de uma menor intimidade com os seus pais, a que se soma o sentir-se menos aceites do que antes, leva-os a estar menos satisfeitos com a sua vida familiar (Collins & Laursen, 2004).

A psicologia evolutiva passou décadas a sublinhar, frequentemente de forma exclusiva, as influências que os pais exercem sobre o desenvolvimento dos seus filhos. Mas nos últimos tempos têm também aparecido estudos e publicações destacando o impacto que os filhos exercem nos estilos educativos dos pais. Isto é, como em qualquer relação interpessoal, as influências são mútuas, bidirecionais, recíprocas (Fuentetaja & Masó, 2007). Como refere Nurmi (2004), os pais exercem uma influência importante no modo como os filhos enfrentam a transição adolescente para a vida adulta: (1) tendem a dirigir / orientar o desenvolvimento de interesses metas e valores dos seus filhos comunicando-lhes as suas expectativas, estabelecendo normas e fomentando oportunidades; (2) podem influir no modo como o adolescente aborda distintos reptos da sua etapa evolutiva, seja atuando como modelos, seja subministrando orientações; (3) contribuem para o modo como os adolescentes avaliam os seus êxitos ou fracassos, dando-lhes apoio e orientando-os sobre os resultados alcançados. Mas os filhos também têm influência nos pais (Fuentetaja & Masó, 2007): (1) as capacidades, competências ou insuficiências demonstradas pelos adolescentes suscitam nos pais o ajuste do estilo educativo; (2) os pais tornam-se mais tolerantes e por vezes adotam muitas formas de linguagem e do aspeto dos adolescentes; (3) frequentemente o comportamento do adolescente constitui para os pais mais um fator de *stress*, influenciando a sua maneira de pensar, o seu comportamento e o seu equilíbrio emocional.

Durante a infância e adolescência a relação mãe-filho costuma ser mais consistente e influente em todos os pontos de vista, passando mais tempo juntos e partilhando mais sentimentos. A figura paterna apesar de percebida como relativamente distante, a quem se recorre sobretudo para receber informações e recursos materiais, não significa que desempenhe um papel menos relevante. A partir da puberdade o grau de comunicação e confiança com o pai é um potente preditor da adaptação escolar, do ajuste ao desenvolvimento e aos contextos, de mais comportamentos pró sociais, de menores sintomas emocionais, de estratégias de confronto (*coping*), de competências emocionais e de qualidade da interação com os pares (Flouri, 2008; Lei & Wu, 2007; Trallero, 2010).

A boa comunicação com os pais, o suporte emocional e social, as relações familiares positivas, a monitorização parental construtiva e consistente estão positivamente associados com o bem-estar e negativamente com os sintomas de mal-estar (Weitof, Hjern, Haglund & Rosen, 2003), relacionam-se com maiores índices de recursos pessoais e de ajustamento na adolescência (Field, Diego & Sanders, 2002; Branje, Van Aken & Van Lieshout, 2002), conduzem a menor envolvimento em comportamentos de risco e em grupos de pares desviantes (Ardelt & Day, 2002; Mounts, 2002), têm a ver com maior autocontrolo e resiliência por parte dos adolescentes (Brooks & Goldstein, 2010), são preditores de uma maior satisfação com a vida (Ma & Huebner, 2008; McElhaney, Porter, Thompson & Allen, 2008), alimentam uma relação de confiança, de afeto e de compreensão com os pais (McElhaney, Porter, Thompson & Allen, 2008), prenuncia níveis elevados de autoestima, de competências sociais e menores problemas de comportamento (Rubin, Dwyer, Booth-LaForce, Kim, Burgess, & Rose-Krasnor, 2004), torna os adolescentes menos agressivos, menos deprimidos e mais simpáticos (Laible & Thompson, 2000), melhora a probabilidade de um bom desenvolvimento cognitivo uma vez que o comportamento do adolescente é guiado pelas atitudes dos pais (Le Roux, 2009).

Deve-se, contudo, ter em conta que estilos de relação do pai ou da mãe com características invasivas, superprotetoras ou demasiado controladoras, pode restringir os comportamentos dos filhos, desencorajar a independência, dificultar a autonomia, afetar a autoconfiança, favorecer o isolamento social, limitando o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas, competências sociais e estratégias de *coping* necessárias ao desenvolvimento saudável e à necessidade de estabelecer relações interpessoais (Rubin, Coplan & Bowker, 2009).

Num estudo realizado com o objetivo de verificar a influência da comunicação e monitorização parental no consumo de substâncias (bebidas alcoólicas, tabaco e substâncias psicoativas), nos adolescentes portugueses (*Health Behaviour in School-Aged Children*, 2006), verificou-se que os jovens que nunca experimentaram bebidas alcoólicas, nunca estiveram embriagados, que não fumam e que não consumiram drogas

no último mês referem frequentemente maior facilidade em falar com os pais e maior monitorização parental. Por outro lado os jovens que não têm ou não veem os pais apresentam maiores índices de consumo (Camacho & Matos, 2008).

3.3.3.1 Redução da Vinculação Familiar

Os adolescentes reconhecem que a família é o fator que mais os ajudou durante a infância a ter segurança, a sentir-se protegidos. Mas agora, em plena adolescência, o seu papel já não é reconhecido como preponderante. Os sentimentos de amizade com amigos e amigas e a integração em grupo costumam, progressivamente, vir a ocupar o primeiro lugar. Por outro lado, certos acontecimentos vividos no meio familiar, por exemplo, o falecimento de familiares ou os conflitos entre os pais, são percebidos pelos adolescentes como importantes fatores de risco para o seu equilíbrio emocional (Kirchner & Forns, 2000).

O adolescente passa cada vez mais tempo fora de casa, alterando progressivamente os laços interpessoais familiares. As novas exigências profissionais da sociedade atual e os novos *media* – telemóvel, *internet* – incrementam as relações sociais extrafamiliares: (1) reduz-se o tempo de dedicação à família; (2) os jogos *online* reduzem, tanto o tempo total de convivência familiar como o dedicado à comunicação com os membros da família; (3) o uso da *internet* como ajuda para as tarefas escolares e para a busca de informações também alteram as relações familiares; (4) o correio eletrónico, os “chats”, os “sms” também reduzem e alteram a comunicação familiar; (5) os novos sistemas de comunicação parecem incrementar a comunicação e vinculação com pares e redes sociais, reduzindo a intimidade familiar e alterando a perceção que o adolescente tem da família (Lei & Wu, 2007; Lee & Chae, 2007).

A evolução adolescente entraña novas experiências, novas vinculações, novos interesses, novas atitudes. Esta alteração dos vínculos familiares não quer dizer que eles se tornem menos fortes até porque os adolescentes tendem a escolher pares cujos valores e crenças sejam semelhantes aos dos seus pais. Se a família não abdicar das suas

funções, se as exercer de forma satisfatória, se der espaço ao adolescente para a sua autonomia e independência, observar-se-á uma alteração dos vínculos familiares mas continuará a ser referência e a manter influência sobre o adolescente (Fröjd, Kaltiala-Heino & Rimpelä, 2007). Em todo o caso, o adolescente tende a subestimar a influência que os seus pais exercem sobre ele, do mesmo modo que os pais tendem a sobrestimá-la (Trallero, 2010).

No geral, os adolescentes costumam manter um suficiente nível de comunicação e confiança com os pais, embora as conversações concretas se orientem cada vez mais para temáticas relacionados com o funcionamento social, com opções de vida, com os recursos económico posteriores, com expectativas profissionais e de vida adulta, com questões relativas aos estudos, ao carácter ético e social. Os temas referentes a relações interpessoais e aos problemas que elas geram costumam discutir-se preferentemente com os pares (Nurmi, 2004).

O devir adolescente entra em numerosas mudanças, gerando novas experiências, vinculações, interesses, afetos, com alterações na relação e intimidade com os pais, na satisfação com a vida familiar. O adolescente tende a aumentar a autonomia e independência das decisões sobre a sua vida, apesar de grande parte manter um bom conceito da vida familiar e relatar relações estáveis, sinceras e persistentes com os pais (Collins & Laursen, 2004; Steinberg & Morris, 2001; Trallero, 2010). Conhecer as novas vinculações e interesses do adolescente, as características dos ambientes que frequenta, as atividades e comportamentos em que se envolve, os gostos que alimenta poderá facilitar a prevenção de comportamentos de risco (Sussman, Pokhrel, Ashmore, & Brown, 2007). A ausência de monitorização dos pais, ainda que, no imediato, possa evitar alguns conflitos, a médio e a longo prazo pode resultar perigosa. Em adolescentes com idades entre 14 e 16 anos observou-se que quanto menos os pais conhecem os seus amigos e menos sabem onde vão quando saem de casa, tanto mais provável é que os adolescentes desenvolvam inaptações e comportamentos problemáticos (Fröjd, Kaltiala-Heino & Rimpelä, 2007). Isto é, a implicação correta e suficiente dos pais na vida dos filhos adolescentes favorece o desenvolvimento da saúde mental.

3.3.3.2 Conflitos com os Pais

Apesar dos conflitos não serem obrigatórios, o certo é que são frequentes. A frequência dos conflitos é mais comum no início da adolescência do que a meio e mais a meio do que na etapa final.

Os adolescentes tendem a descrever mais conflitos com os seus pais do que os descritos por estes (King, 2002). Os estudos empíricos demonstram que são as mães quem mais amiudadamente subestimam a incidência de conflitos pais-adolescentes ao mesmo tempo que sobrestimam a sua gravidade (Steinberg, 2001).

Costuma considerar-se que estes conflitos são o primeiro caminho a que recorre o adolescente para renegociar o seu papel no seio da família. Esta renegociação inevitavelmente reduz a autoridade materna, ainda que não necessariamente a paterna. Durante a adolescência, os motivos de discussão e aborrecimento são muito variados: tarefas domésticas, limpeza e arrumação do quarto, horário para se deitar, dietas alimentares, indumentária, penteado, volume da música, higiene, amigos ou amigas, saída, etc. Mais adiante, amizades “íntimas”, saídas, companhias e horários de regressar a casa assumem um primeiro plano. Estes conflitos costumam declinar no final da adolescência. As mães costumam intervir na maioria dos confrontos, especialmente durante a adolescência inicial das suas filhas. Na adolescência média é quando se costumam produzir as altercações de maior gravidade entre pais e filhos varões. Com frequência, esta etapa determina uma situação familiar permanentemente tensa, que se constitui um indutor de *stress* crónico, perturbando-se a relação mútua entre todos os membros da família. A adolescência final contempla os principais conflitos devidos a discrepâncias de valores e atitudes; é uma conflitualidade mais ideológica do que prática.

As discussões, a agressividade mais ou menos controlada, os castigos e proibições, vão gerando nos pais e adolescentes uma visão claramente discrepante do que está a acontecer e dos riscos que entra para um futuro mais ou menos imediato. Os pais

interpretam tendo presente muitos diversos riscos e perigos (sexo, substâncias, acidentes). Para os adolescentes trata-se da sua autonomia, do controlo do seu próprio corpo, das relações com os seus amigos, de confiança. A sexualidade madura promove o afastamento do lar, dos pais, enquanto a dependência económica mantém a vinculação inclusivamente física.

Comprovou-se que os problemas comportamentais ou emocionais que apresentam adolescentes de 13-14 anos dão lugar a modificações no tratamento que lhes dão os seus pais 1 ano depois (Reitz, Dekovic, Meijer & Engels, 2006). Portanto, em determinadas circunstâncias é maior a influência que os adolescentes exercem sobre os seus pais do que a destes sobre aqueles. Trata-se de um fenómeno que se vai desenvolvendo gradualmente ao longo da adolescência. Parece aumentar a tolerância dos pais aos comportamentos problemáticos, reduzindo os seus intentos de controlo, e renunciando progressivamente a responder ao comportamento do adolescente.

Os adolescentes que têm escassos conflitos com os seus pais, comparados com os que os têm amiúdo, costumam ter melhor rendimento escolar e contam com melhores adaptações sociais (Adms & Laursen, 2001). Mas o bom rendimento e as boas adaptações, por sua vez, eliminam uma parte importante das razões de muitos conflitos. Por outro lado, a existência de relações familiares nada ou escassamente conflituosas funciona como fator protetor ante circunstâncias extra familiares indutoras de stress.

3.3.3.3 Evolução das Relações Familiares

Convém não esquecer que com frequência uma deficiente integração do adolescente na sua família pode estar associado ao sofrimento de alguma perturbação. A forma como o adolescente percebe a sua família é um critério adaptativo fundamental. Observou-se que em adolescentes maiores, de 16 a 18 anos de idade, uma perceção negativa da família costuma estar muito associada a sofrer disfunções ou perturbações, tanto emocionais como comportamentais (Garnefski & Diekstra, 1996). Também se observou que a perceção negativa da escola se relaciona especificamente com a existência de

problemas comportamentais, enquanto a percepção negativa dos pares se associa a problemas emocionais. Só, pois, a percepção negativa da família parece associar-se a ambos os tipos de problemas.

No estudo de 11000 adolescentes holandeses, de 12 a 18 anos de idade, detetou-se que a percepção negativa da família tende a aumentar com a idade, ao contrário do que sucede com a percepção negativa dos pares, que tende a diminuir com o passar dos anos, mantendo-se estável a percepção negativa da escola (Garnefski, 2000; Whiteman & Christiansen, 2008). Também revelou que, à margem da idade, a má percepção familiar se associa significativamente a sintomas depressivos e comportamentos antisociais; a conduta antisocial especificamente, a uma má percepção da escola, e os sintomas depressivos, a uma má percepção dos pares.

3.3.4 Os Pares

No início da adolescência assiste-se a um progressivo estreitamento das relações entre pares, com laços de amizade e vínculos afetivos tão poderosos que se sobrepõem, quando não substituem, os previamente estabelecidos com a família. É no seio dos pares que o adolescente gosta de passar tempo, procurar aprovação e viver o desenvolvimento da sua identidade subjetiva (Poelen, Engels, Vorst, Scholte, & Vermulst, 2007; Stoeckli, 2010). Independentemente do tipo de atividade que se faça é importante estar entre amigos (Qualter & Munn, 2005), podendo tratar-se de grupos alargados ocasionais (com interesses circunstanciais como um espetáculo musical ou um acontecimento desportivo), de grupos amplos de duração estável como é o caso dos colegas de turma, de pequenos grupos (dentro ou fora da turma) que tendem a interagir sem a supervisão de adultos, ou de amizades individuais onde se incluem os amigos especiais ou íntimos (Brown, 2004; Trallero, 2010).

Vários estudos demonstram que ter amigos permite aprender a resolver conflitos, partilhar experiências e sentimentos (Pérez, Maldonado, Andrade & Díaz, 2007); experimentar suporte social e sentir-se aceite (Corsano, Majorano, & Champretavy,

2006; Chung & Furnham, 2002); ter representações de afeto mais estáveis, competências emocionais mais apropriadas para lidar com situações conflituosas, menos hostilidade e índices de ansiedade social menos elevados (Zimmermann, 2004); possuir uma autoestima mais elevada e relatar mais experiências positivas em tarefas relacionadas com o desenvolvimento pessoal e social (Tarrant, Mackenzie & Hewitt, 2006); transmitir confiança e segurança, diminuir os sentimentos de culpa, vergonha, medo ou inferioridade e possibilitar a experiência de novos papéis (Souza, Borges, Medeiros, Teles & Munari, 2004); criar oportunidades para discutir temáticas comuns ou diferentes das familiares (Bourne, 2001); gerar um ambiente propício ao desenvolvimento saudável, a bons níveis de pertença à escola e a bons resultados académicos (Vaquera & Kao, 2008); predizer felicidade e satisfação com a vida (Demir, Ozdemir & Weitekamp, 2007; Demir, & Weitekamp, 2007; Suldo & Huebner, 2006); providenciar suporte social, partilha de interesses, sentimentos e emoções (Chung & Furnham, 2002); contribuir para a formação da identidade positiva, desenvolvendo atitudes, opiniões, prioridades e objetivos juntamente com os pares (Sussman, Unger & Dent, 2004); ajudar a construir uma imagem consistente de si próprios (Claudino, Cordeiro & Arriaga, 2006); trabalhar e incrementar o desenvolvimento de competências sociais (Segrin & Taylor, 2007; Mouratidis & Sideridis, 2009); diminuir as queixas somáticas (Jellesma, Rieffe & Terwogt, 2008); aumentar a autoestima e prevenir sentimentos de tristeza e infelicidade (Gabriel, Carvallo, Jaremka & Tippin, 2008; Tomé, Matos & Diniz, 2008); ajudar a reduzir o *stress* emocional e os sintomas de depressão; promover comportamentos pró-sociais, práticas altruístas e inclusivamente bom rendimento académico (Steinberg, 2005).

A falta de integração com os pares, relações negativas ou conflituosas podem levar a sentimentos de mal-estar, a insatisfação, a sentimentos de solidão e de infelicidade, associando-se negativamente com a saúde (Corsano et al., 2006; Laftman & Östberg, 2006; Tomé, Matos & Diniz, 2008).

A influência dos pares pode ser positiva ou negativa, mais ou menos bidirecional, promover a semelhança ou a exclusão. Pode assumir a forma de pressão direta (adoção

de determinados comportamentos e atitudes e proscrição de outros), de modelagem comportamental (aquisição de atitudes e estilos de manifestação por imitação), de regulação normativa (reforço de padrões de comportamento e de estilos de vida), de administração de oportunidades (criar ocasiões ou contextos para praticar e reforçar determinados comportamentos), de *feed-back* (pareceres, opiniões, conselhos) (Brown, 2004; Hartup, 2005; Kim, Rapee, Oh & Moon, 2008; Sumter, Bokhorst, Steinberg & Westenberg, 2009). Assim, os pares podem determinar fortemente as preferências no vestir, na forma de falar, nas escolhas dos *media* (filmes, música, televisão, *internet*), no consumo de substâncias ilícitas, no comportamento sexual, no uso e grau de aceitação da violência, na adoção de comportamentos de delito e antissociais e em muitos outros âmbitos da vida adolescente (Padilla-Walker & Bean, 2009; Reitz et al., 2006; Sussman et al., 2007; Tomé, Matos & Diniz, 2008; Trallero, 2010).

Os estudos (Bot, Engels, Knibbe & Meeus, 2005; Hartup, 2005) mostram que os relacionamentos mais próximos, com reciprocidade, com maior companheirismo e intimidade têm mais influência no bem-estar dos adolescentes do que aqueles aonde existem conflitos ou baixa qualidade relacional. Mostram ainda que a elevada qualidade de suporte social dos colegas de turma tem um efeito superior na satisfação com a vida dos adolescentes do que o dos amigos especiais (Suldo & Huebner, 2006).

3.3.4.1 Pares e Género

A relação com o grupo de pares é conjugada de forma diferente segundo o género (Pereira & Matos, 2005; Trallero, 2010). Eles passam mais tempo com o grupo, ficam mais dias com os amigos e saem mais vezes à noite (Tomé, Matos & Diniz, 2008). Elas mostram maior proximidade emocional com os amigos, costumam ter amizades mais restritas e mais íntimas. Eles encontram-se geralmente inseridos em grupos maiores, com maior abertura para novas amizades e menor intimidade (Nangle, 2004; Vaquera & Kao, 2008), são mais permeáveis às influências do grupo nomeadamente nos comportamentos de risco (Kuntsche & Gmel, 2004). Elas aprendem a estabelecer relações interpessoais e a influir nelas mediante negociações verbais. Eles tendem a

utilizar mais a atividade física, a agressão e o domínio (Trallero, 2010). Elas costumam ter maior número de amizades especiais, sendo mais próximas e interdependentes, mais empáticas, com maior sensibilidade interpessoal, com maior necessidade de apoio e de afeto, com maior partilha de informações pessoais, de questões que as preocupam, de pensamentos e de emoções. Estas Características conferem às relações femininas com os pares um grau de intimidade superior, mas podem associar-se a uma maior vulnerabilidade em situações de *stress*. O género masculino embora experimente um progressivo incremento da sua intimidade pessoal com a idade, tende a estabelecer e a manter as suas amizades mais em função de atividades partilhadas, da ação, do que de confissões pessoais (Galambos, 2004; Kratochvil & Harrington, 2003; Trallero, 2010).

As relações interpessoais com os pares variam ao longo da adolescência, tanto no número de membros do grupo, como no género dos mesmos, como na qualidade da relação, como na maior ou menor intensidade da influência (Trallero, 2010). A identificação de certos traços como valiosos e de outros como indesejáveis reforça a desigualdade entre géneros ao longo da idade, sendo que os adolescentes que decidam contrariar as normas genéricas vigentes nos pares, correm o risco de sofrer exclusões e hostilidade (Wolfe, Jaffe, & Crooks, 2006). A influência dos pares parece ser mais evidente durante a fase média da adolescência e os adolescentes masculinos são mais suscetíveis a essa influência; com o aumento da idade vão-se tornando mais resistentes à influência dos pares (Woods, Done & Kalsi, 2009).

3.3.5 A Escola

A escola é um dos cenários onde crianças e adolescentes passam grande parte do seu tempo. Juntamente com a família, a escola é um âmbito fundamental e estruturante do desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes (Matos, 2005; Morales & López-Zafra, 2009).

Um dos aspetos com grande impacto na saúde / bem-estar dos adolescentes foi o aumento da escolarização. Os adolescentes que abandonam precocemente a escola

perdem numerosas oportunidades durante toda a vida, têm menos capacidades de desenvolver o seu potencial, são mais vulneráveis à pobreza, à exploração, às doenças, com consideráveis repercussões negativas sobre a sua família, a sociedade e as gerações futuras (UNICEF, 2003; World Health Organization, 1986; 2002a; 2002b). Além disso, tendem a envolver-se mais em comportamentos desviantes tais como consumo de tabaco, álcool e outras substâncias, e atividade sexual precoce (Blum & Nelson-Mmari, 2004).

A escola é um local de crescimento, onde o adolescente pode desenvolver o exercício da autonomia e da tomada de decisão, tarefas imprescindíveis à preparação para a vida adulta. Os estudantes mais envolvidos na escola, gostam de a frequentar e não têm problemas de rendimento escolar, possuem mais hipóteses de sucesso académico e de ter comportamentos mais saudáveis (Oddrun, Dür, & Freeman, 2004) e menos comportamentos de risco (Murphey, Lamonda, Carney, & Duncan, 2004). Além disso a escola é referenciada como local propício à educação para a saúde / bem-estar (Cohall, Cohall, Dye, Dini, Vaughan, & Coots, 2007; Guldbrandsson & Bremberg, 2005; Kubik, Lytle, & Story, 2005), não apenas porque nela se encontra a maioria dos adolescentes, onde passam grande parte do seu tempo (Kubik et al., 2005; Ministério da Saúde, 2004; Pate et al., 2005), mas também porque permite a inclusão da educação para a saúde nos *curricula*, bem como uma multiplicidade de intervenções de carácter transversal e convergente (Ministério da Saúde, 2004). As escolas permitem a participação dos alunos na construção da sua própria saúde, a promoção de atitudes positivas face aos outros, a aquisição e adoção de estilos de vida saudáveis e propiciadores de bem-estar não só no presente como nos horizontes futuros (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2003; Ministério da Saúde, 2004).

Os especialistas em ciências da educação deixam transparecer alguma falta de convergência sobre os fins da escola. Assim, por exemplo, White (2007) refere a escola como um contexto em que se deve promover a felicidade e o bem-estar humanos. Crianças e adolescentes deveriam apreender os instrumentos e as competências necessárias para construir estilos de vida saudáveis, confiança em si próprios e nos

outros, disponibilidade para a cooperação com a comunidade, criatividade e empreendedorismo na proteção do ambiente e na atenção às necessidades prementes dos concidadãos. Young (2007), por seu lado, perspectiva a escola como um contexto que deve sobretudo facultar o que denomina de “conhecimento poderoso”, ou seja conhecimento especializado, conhecimento diferenciado que permita novas formas de pensar a respeito do mundo, conhecimento teórico, técnico e universal que não seja apenas resultado de determinada experiência, contexto ou tarefa, mas que possa ser aplicado para múltiplos fins.

O relatório da UNESCO sobre a educação para o século XXI, denominado relatório Delors, destaca o aprender a viver como um dos quatro pilares em que deve assentar a educação no novo século (Mosquera & Stobäus, 2006). A escola pode encontrar formas estimulantes como fonte de saúde, de acolhimento, de integração, de entusiasmo, de prazer, de satisfação, de felicidade, de valorização, de desenvolvimento de múltiplas inteligências, de aprendizagens significativas, de fonte de sonhos, de atenção à diversidade (Enricone, 2004; Marujo & Neto, 2004). A escola deverá integrar a afetividade e a cognição, implícita e explicitamente entretecidas na transformação dos seres humanos desde a mais tenra infância (Mosquera & Stobäus, 2006; Marujo & Neto, 2004). Tem-se separado de maneira arbitrária a razão da emoção, o pensamento do sentimento, a inteligência da capacidade de sentir e viver emoções, os valores das atitudes. Na raiz desta separação parece estar a conceção de que o chamado pensamento científico nada tem a ver com a vida sentimental e afetiva (Enricone, 2004; Morales & López-Zafra, 2009).

Para além da preocupação e investimento na aquisição de competências por parte dos adolescentes, a escola deve atender seriamente à construção de contextos de qualidade, ao desenvolvimento de um ambiente físico e emocional que facilite escolhas saudáveis e geradoras de bem-estar (Loureiro, 2004). A transmissão de informações relativas à saúde deve ser integrada num contexto mais vasto de promoção para a saúde do adolescente, alimentando a mudança de comportamentos e atitudes, responsabilizando o adolescente pelo seu próprio estado de saúde, pelo seu estilo de vida, pelos seus espaços

vivenciais (Matos et al., 2004; Pirskanen, Pietila, Halonen, & Laukkanen, 2006; Souza & Grundy, 2004; Werch, Bian, Moore, Ames, DiClemente & Weiler, 2007).

3.3.5.1 Adolescentes, Escola e Educação Para a Saúde / Bem-Estar

A educação para a saúde / bem-estar tem de assentar numa dupla vertente: evitar comportamentos de risco e, ao mesmo tempo, vincar os fatores protetores da saúde. A prevenção visa minimizar os comportamentos de risco, os fatores protetores visam oferecer cuidados antecipatórios (Direção Geral de Saúde, 2005; Duncan, Duncan, Strycker, & Chaumeton, 2007). A educação passa pelo desenvolvimento de competências bastantes para que os adolescentes se tornem pessoas autónomas, capazes de tomar decisões responsáveis, também sobre a saúde / bem-estar, capazes de gerir situações mais difíceis, capazes de se autorregular e procurar oportunidades e experiências de aprendizagens pela positiva. Para isso a educação para a saúde / bem-estar deve ser planeada e estruturada para gerar escolhas saudáveis desde já, ter relevância concreta para os estudantes, fornecer informação que possa ser incluída de imediato nos respetivos padrões de vida, porque o momento presente é determinante dos momentos do futuro (Achterberg & Miller, 2004; Duncan et al., 2007; WHO, 2005).

Há uma vasta gama de conteúdos que dizem respeito às vivências dos adolescentes e que são passíveis de ser integradas na educação para a saúde / bem-estar: a relação com o corpo e com a autoimagem, o sono, o lazer e a música, a atividade física e o desporto, o consumo de substâncias, a violência entre pares, a resolução de conflitos, a relação com os amigos e com o grupo, a saúde reprodutiva e sexual, a nutrição, os estilos de vida sedentários e suas consequências, as dietas desequilibradas, os comportamentos de risco, a relação com a família e com a escola, a comunicação com os outros, o lidar com as adversidades, a construção de ambientes saudáveis, a afetividade e a sexualidade, a regulação emocional, a tolerância e relação com a diferença, o conhecimento de si próprio (DGS, 2007a; DGS, 2007b; Guldbrandsson & Bremberg, 2005; Matos & Sampaio, 2009).

A formação de competências sócio-emocionais na escola pode ajudar a oferecer uma resposta às solicitações atuais da sociedade que requerem que os adolescentes possuam capacidades adicionais que lhes permitam uma vida adulta de sucesso, em que encontrem satisfação com as suas vidas (Morales & López-Zafra, 2009). É cada vez mais evidente que o bem-estar na adultícia é, numa ampla parte, consequência de aprendizagens precoces na utilização de competências sociais e emocionais para enfrentar de maneira produtiva e construtiva as mudanças vitais, já que reduzem os riscos de problemas de saúde mental (Humphrey, Curran, Morris, Farrel, & Woods, 2007) e melhoram o bem-estar (Bisquerra, 2008; Fernández-Berrocal & Ruiz, 2008). Para que tal se torne possível é absolutamente fundamental atender à qualidade do contexto escolar. Para se envolver desde já os adolescentes em escolhas saudáveis e de bem-estar é fundamental que a escola disponha de ofertas para escolhas saudáveis, cultive relações serenas e construtivas, disponha de espaços de comunicação e de aconselhamento, tenha momentos de formação do pessoal docente e de apoio, desenvolva atividades promotoras de saúde para além da sala de aula, alimentem a relação com a comunidade local e com os encarregados de educação, acreditar que o desenvolvimento de competências e a qualidade dos contextos dotam os adolescentes dos recursos pessoais que os tornam capazes de incrementar comportamentos de saúde positivos e de mudar comportamentos menos saudáveis (Duncan et al., 2007).

O processo de autonomia próprio da etapa da adolescência leva a que a gestão da saúde / bem-estar deixe de ser feita exclusivamente pelos educadores, começando os adolescentes a responsabilizarem-se pela própria saúde e pelos comportamentos a ela ligados (Srof & Velsor-Friedrich, 2006). Na promoção da saúde / bem-estar deve prevalecer uma comunicação aberta e transparente, capaz de tomar em conta e incorporar as opiniões dos adolescentes (e as suas crenças) para se potenciar a interação. A participação dos adolescentes deve ocorrer em todas as fases do desenvolvimento dos projetos e programas, uma vez que eles têm a capacidade e o desejo de controlar as próprias vidas e o próprio bem-estar e isso permite adequar as iniciativas às respetivas necessidades e preocupações (Bennett & Tonkin, 2003; Irwin, 2003; WHO, 2005.)

3.3.6 A Imagem Corporal

O interesse pela imagem corporal existiu desde sempre, tendo alcançado nos últimos anos proporções sem precedentes: considera-se a beleza corporal como sinónimo de triunfo, de êxito, de amizades, de oportunidades, de prazer, de bem-estar, de afetos. Hoje, quem goza de boa imagem corporal conta com maiores possibilidades laborais, de relações humano-afetivas e de aceitação social, o que equivale a prestígio, a segurança e a superioridade (Esnaola & Rodríguez, 2009; Toro, 2004). Deste modo, a preocupação pela imagem corporal, por alcançar as linhas estéticas socialmente aceites, move avultadas somas de dinheiro, gera ingente informação, favorece a criatividade publicitária, ocupa grande espaço nos *media* e desperta a atenção geral (García-Camba, 2004; Trallero, 2010).

Não há forma de imaginar quem somos sem uma imagem corporal. A construção da própria imagem é um processo de carácter evolutivo complexo, que está intrinsecamente unido à constituição da própria identidade, o que significa (1) um sentido de continuidade da própria biografia; (2) a diferenciação em relação aos outros; (3) a coerência entre quem fala e quem se é. O papel da imagem no reconhecimento de ser significativo para os outros é fundamental para o adolescente. Assegurar-se de que o que os outros veem reflete fielmente não tanto o que se é, mas como o adolescente gostaria de ser, converte-se num objetivo principal. A importância que se dá à aparência física, outorgando-lhe um papel determinante no mundo das relações, permite reduzir a uma única dimensão quem se é e aquilo que se é (Fuentetaja & Masó, 2007).

As derivações perniciosas da obsessão por alcançar os estereótipos de beleza corporal arrastam um importante segmento da população, nomeadamente a mais jovem, para práticas indesejáveis que podem colocar em perigo a saúde, enquanto bem-estar físico, psíquico e social: o exercício físico deixa de ser uma forma de diversão / lazer, ou um meio necessário para melhorar a condição física, e converte-se num comportamento patológico; a alimentação deixa de ser equilibrada para se tornar inadequada e, por vezes, descontrolada; os tratamentos farmacológicos, médicos e cirúrgicos estéticos

constituem mais um recurso para modificar rápida e facilmente a aparência do corpo (Esnaola & Rodríguez, 2009; Gervilla, 2002; ISAPS, 2010; Sahuquillo, 2008; Trallero, 2010).

A relação entre a imagem corporal, a saúde / bem-estar, a satisfação com a vida e a felicidade é moderada pelas características culturais (Esnaola & Rodríguez, 2009; Kirsh, 2006; Rodríguez, 2009). Se um corpo e peso normais podem associar-se, absurda mas frequentemente, a insatisfação corporal, o excesso de peso e uma autopercepção do aspeto menos favorável agrava a sintomatologia depressiva (Brausch & Muehlenkamp, 2007; Trallero, 2010).

Perturbações depressivas e, sobretudo, do comportamento alimentar, são os dois grandes riscos clínicos de uma imagem corporal negativa, a que se tem juntado, sobretudo na última década, a cirurgia estética cada vez mais solicitada por menores, cada vez mais aceite por pais pressionados. As mudanças que solicitam nestas cirurgias dão a ideia de um corpo ideal que perseguem: redução do volume mediante lipoaspiração, mamoplastia de aumento, blefaroplastia, rinoplastia, abdominoplastia e enchimento dos lábios (ISAPS, 2010; Sahuquillo, 2008).

Em qualquer etapa da existência humana, o corpo e o aspeto, e mais concretamente a respetiva valorização estética, mantêm uma relação com a autoimagem e a autoestima, isto é, com o conceito que cada um tem de si mesmo como pessoa e com a avaliação subjetiva desse conceito. A autoimagem de uma pessoa, a percepção ou descrição subjetiva de si mesma é determinada por um conjunto de características que sucessiva ou simultaneamente vieram ao de cima durante a sua biografia. E assim se avaliará, concluindo num alto ou baixo grau de satisfação ou de insatisfação pessoal, isto é, de autoestima, a que também não é estranha a imagem social percebida, isto é, a imagem que se acredita que os outros têm de si. O humor ou estado de ânimo é um filtro em todas estas interações: um humor depressivo, disfórico, enegrece os demais fatores. O depressivo considera-se um desastre como pessoa, a sua autoestima encontra-se de rastos e está convencido que não inspira nada de bom ou atrativo em quem o rodeia.

Mas uma autoimagem negativa, uma autoestima baixa ou uma percepção negativa da imagem social, pioram o humor.

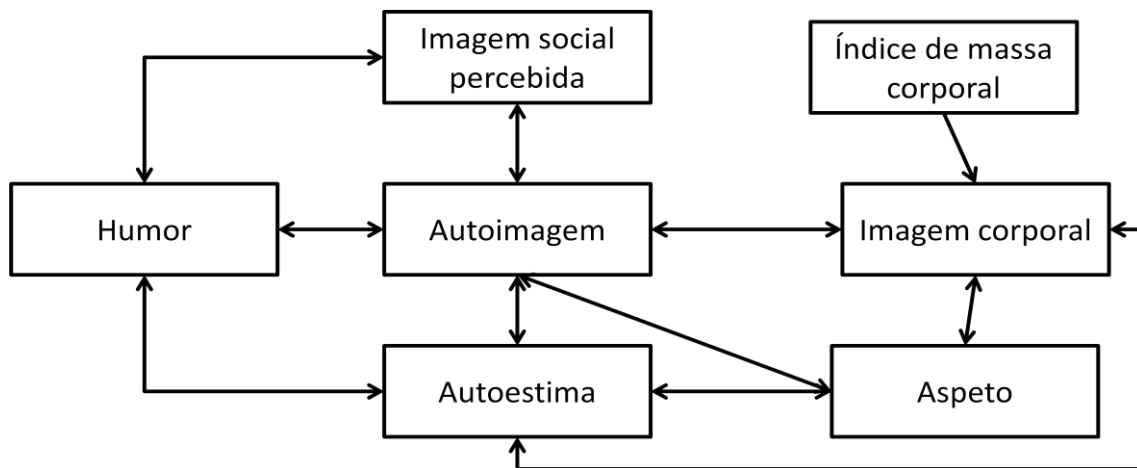


Figura 4. – Influência entre a autoimagem geral, a imagem corporal e o aspecto mediado pela imagem social percebida, a autoestima e o humor (Adaptado de Trallero, 2010, p. 72)

Durante a adolescência é quando esse efeito da valorização estética corporal costuma ter consequências mais dramáticas (Toro, 2004; Trallero, 2010).

3.3.6.1 A Percepção do Corpo

A matéria-prima da imagem corporal é o corpo real. A percepção do corpo inclui: (1) a percepção do volume e dimensões corporais da totalidade ou de distintos segmentos corporais, com possibilidade de distorções na percepção por sobreestimação (percepção de dimensões superiores às reais) ou por subestimação (percepção de dimensões inferiores às objetivas); (2) a subjetividade da satisfação com o corpo, relacionada com a avaliação que o indivíduo faz do próprio corpo ou do aspecto físico, faz entrar na equação os parâmetros estéticos vigentes na sociedade, despertando preocupações, pensamentos,

cognições, sentimentos, emoções, atitudes; (3) os comportamentos que o indivíduo desenvolve, em consequência da avaliação do seu corpo físico, seja os tendentes a exhibir ou sublinhar determinadas partes do seu corpo, seja os dirigidos a evitar fazê-lo (Baile, 2003; De la Serna, 2004).

As mudanças anatômicas próprias da puberdade determinam que o adolescente dedique mais atenção ao seu corpo, com repercussões no bem-estar percebido. O surgimento da pelugem, as ereções e mudança de voz no género masculino, as hemorragias menstruais e o incremento do tecido gordo no género feminino, o acne, o desenvolvimento dos órgãos sexuais secundários, entre outros, levam a que o adolescente, muitas vezes fique pendente do seu corpo (Rodríguez & Goñi, 2009; Trallero, 2010).

São múltiplos os fatores que podem afetar a percepção do corpo e do aspeto, percorrendo a satisfação das relações interpessoais (pares, escola e família), o tipo de relação com os *media* (Esnaola & Rodríguez, 2009; Tata, Fox & Cooper, 2001; Hogan, & Strasburger, 2008a), a percepção de autoeficácia física (capacidades motoras implicadas no exercício físico e nas atividades desportivas), os traços de personalidade, o estado de humor (King, 2002; Trallero, 2010), a autoestima (autovalorização, acreditar em si), as competências e as expectativas (Fuentetaja & Masó, 2007).

Como pano de fundo de todos estes fatores encontram-se elementos culturais que afirmam determinados estereótipos de género que influenciam o *feedback* dos outros e, conjuntamente, a percepção do próprio adolescente. A título de exemplo, divulgada a magreza na cultura ocidental sobretudo para o género feminino, o temor a um volume corporal excessivo parece ser o principal determinante para sobrestimar as dimensões percebidas, especialmente as das zonas que mais preocupam (Rodríguez & Goñi, 2009; Trallero, 2010). Isto mesmo se constata num estudo com 500 adolescentes, conduzido por Toro, Gómez-Peresmitré, Sentis, Vallés, Casulà, Castro, Pineda, Leon, Platas e Rodriguez (2006), onde as adolescentes não só ouvem das pessoas que “estão magras”, como reconhecem que essas pessoas “são sinceras” mas, mesmo assim, 65% deseja emagrecer ou pesar menos e 45 % reconhece ter medo de aumentar de peso, pelo que os

seus medos e falsas convicções as conduzem por caminhos que podem acabar em condutas de risco.

O modelo vigente é de um corpo magro, com frequência muito magro. Esse é quase exclusivamente o modelo feminino; o masculino vai por outro caminho, o do desenvolvimento muscular e da largura de ombros. Se o adolescente considera que o seu corpo se parece ao modélico (isto é, ao corpo ideal socialmente determinado), tal crença facilitará um estado de humor mais positivo; caso contrário o estado emocional será sobretudo negativo, a sua imagem corporal suscitará ansiedade e poderá ser acompanhada de sentimentos depressivos (Rodrigues & Goñi, 2009).

3.3.6.2 A Perceção do Aspeto

O aspeto, para além do corpo real, também preocupa o adolescente, levando-o a investir grande parte do seu tempo, da sua energia e do seu dinheiro (ou o dos pais) a tentar que o respetivo aspeto se pareça o mais possível ao seu tipo ideal, habitualmente o vigente no seu grupo de pares. A sua preocupação pelo aspeto e, com frequência, o autêntico culto a ele rendido, passa também pelas roupas, pelo alinhamento ou desalinhamento do vestir, pelos estilos de penteado (ou despenteado), pelas maquilhagens ou arranjos, pelas tatuagens e *piercings*, pelas formas de gesticular e de andar, entre outras (Forbes & Frederick, 2008; Fuentetaja & Masó, 2007; Trallero, 2010).

O *feedback* dos outros, especialmente do grupo de pares, é importante, mas é sempre o próprio quem interpreta, pelo que o adolescente pode ser influenciado, mais do que por uma realidade concreta, por uma crença própria. Esta pode estar ajustada à realidade ou possuir algum grau de desfiguração, falando-se então de distorção da imagem corporal. Se a sua autoestima é baixa, se se valoriza negativamente, se se percebe com baixo bem-estar, se se descreve com escassa atratividade, o adolescente provavelmente julgará o seu corpo e o seu aspeto de forma desfigurada, com o que piorará o autoconceito, a autoestima e o bem-estar (Rodríguez & Goñi, 2009; Toro, 2004; Trallero, 2010).

A relação entre o desenvolvimento da adolescência, a satisfação / insatisfação com o corpo / aspeto e o bem-estar percebido pode ainda ser mediada e potenciada por situações de *stress* concomitantes como são exemplos os conflitos familiares, a mudança de espaço escolar, as situações de perdas afetivas e outros acontecimentos de vida com carga inesperada negativa (Trallero, 2010).

3.3.6.3 A Idade e o Género

Para o adolescente, o corpo e o aspeto são também uma representação do seu “eu”, observando-se diferenças interindividuais em função do género e da idade. Por exemplo a relação entre o aspeto, o bem-estar e o autoconceito não são evolutivamente uniformes: aos 12 anos quase não se verifica qualquer relação, mas aos 13 anos essa relação já adquire significado (Fuentetaja & Masó, 2007; King, 2002).

No género feminino, o aumento da proporção média de tecido corporal gordo, o acréscimo médio de peso, a alteração do modo como quem as rodeia as olha e lhes fala, a comparação com o corpo das colegas, enfim uma constelação de novas experiências dirigem grande parte dos pensamentos das adolescentes para o respetivo corpo e para a sua imagem corporal (Halvarsson, Lunner, Westerberger, Anteson, F. & Sjöden, 2002). As mudanças da puberdade e a idade de início da mesma têm sido considerados como os ingredientes básicos da insatisfação corporal das adolescentes (Hermes & Keel, 2003; Trallero, 2010). Um estudo observou que as adolescentes de 14-16 anos satisfeitas com os seus corpos, no geral, tinham iniciado a puberdade mais tarde do que as outras colegas, eram mais magras durante o desenvolvimento adolescente e cerca dos 20 anos apresentavam escassos sintomas de perturbação alimentar e de depressão, contrariamente às colegas com insatisfação corporal persistente (Ohring, Graber & Brooks-Gunn, 2002).

O modelo estético corporal magro veiculado na cultura ocidental através da família (mães excessivamente preocupadas ou ansiosas com a sua própria silhueta e atuando com dietas restritivas e outras, os comentários críticos ou desaprovações dirigidos ao

corpo ou à forma de comer), dos pares (criticam, comparam, produzem piadas e brincadeiras, exercem pressões de vária ordem, com diferentes intensidades, em sucessivos momentos) e dos *media* (os modelos escolhidos, a televisão, o cinema, as revistas, os cartazes, a *internet* convergem simultânea e sucessivamente na transmissão da mesma mensagem), pode determinar a insatisfação corporal feminina e masculina (Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2003; Rodríguez & Goñi, 2009; Tiggemann, Verri, & Scaravaggi, 2005; Toro, 2004; Toro et al., 2006). Vários estudos mostram que mais do que o peso objetivo, mais do que o índice de massa corporal, a insatisfação corporal da(o)s adolescentes se associa às manifestações negativas, à história de piadas e sarcasmos. E se tal acontece com jovens normais e inclusivamente magra(o)s, agrava-se com adolescentes obesa(o)s, que experimentam importantes sintomas depressivos qualquer que seja a fase da puberdade ou da adolescência por que estejam a passar (Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2003; Richardson, Garrison, Drangsholt, Lloyd & Linda, 2006; Van den Berg, Wertheim, Thompson & Paxton, 2002).

A avaliação do corpo e do aspeto por parte do género masculino é distinta do género feminino. Eles costumam melhorar a sua imagem corporal e incrementar a sua satisfação ao aumentar de peso. O interesse por emagrecer fica praticamente limitado aos que apresentam excesso de peso (Toro, Gilla, Castro, Pombo & Guete, 2005, Trallero, 2010). A perceção de um escasso desenvolvimento da musculatura e a importância que o adolescente atribui tanto à força física como às capacidades desportivas, favorecem o desejo de uma imagem corporal mais musculada, promovendo atitudes favoráveis à musculação e a comportamentos propiciatórios da mesma (Smolak & Stein, 2006). A insatisfação muscular associa-se a uma baixa autoestima, mas também tem consequências piores: menores níveis de bem-estar geral, mais sintomas depressivos e menor fortaleza psicológica (Bergeron & Tylka, 2007).

No género masculino a relação entre puberdade precoce ou tardia e insatisfação corporal é quase oposta à observada no género feminino. Com efeito os adolescentes com maturação da puberdade precoce costumam considerar-se mais atrativos, mais satisfeitos com a perceção do seu corpo, com a sua aparência física e com o seu

desenvolvimento muscular (Alzaker, 1996; Trallero, 2010). Tal como elas, também eles são suscetíveis à influência dos *media*, embora os mais influenciáveis sejam os que previamente já atribuíam uma importância significativa à musculatura (Smolak & Stein, 2006). Tal como elas, os obesos tendem a sofrer importantes sintomas depressivos, mas esta associação produz-se neles sobretudo durante a fase inicial da adolescência e não na última etapa adolescente (Richardson et al., 2006).

Num estudo de 2005 com quase 19000 adolescentes (idades entre os 11 e os 21 anos), Needham e Crosnoe concluíram que o peso relativo se associa a sintomas depressivos no género feminino, mas não no género masculino, sendo que a correlação positiva entre peso e depressão no género feminino era mediado pela prática de dietas hipocalóricas. Isto significa que elas reagem ante um peso relativo elevado com maior ansiedade, pior humor, do que eles, e que esse estado de ânimo piora com as restrições alimentares. Num e noutro género a associação entre sobrepeso e sintomas depressivos é maior nos primeiros anos da adolescência do que na idade juvenil, e costuma estar mediada por problemas de saúde.

Uma autoimagem negativa pode acarretar múltiplos problemas para o adolescente, qualquer que seja o género: entenebrece a sua imagem corporal, piora a imagem social percebida, reduz ou anula a sua autoestima. Em tais circunstâncias não é possível experimentar satisfação nas relações sociais, especialmente as estabelecidas com pares, do seu próprio género ou do oposto. Este facto incrementa o seu mal-estar ou sofrimento subjetivo, operando a influência no humor negativo em todas as funções cognitivo-emocionais (Trallero, 2010). Os últimos anos assistiram ao desenvolvimento de algumas investigações que manifestaram relação entre atitudes e sentimentos negativos quanto à autoimagem e ideação suicida (Brausch & Muehlenkamp, 2007).

3.3.7 Os *Media* e o Tempo de Ecrã

Mais de 50 anos de pesquisa atestam a influência significativa dos *media* na saúde de crianças e adolescentes (Pecora, Murray, & Wartella, 2007). Tanto os "antigos"

(televisão, filmes, revistas) como os "novos" *media* (*internet* e redes sociais, vídeojogos de computador, telemóveis) podem ter impacto nos mais jovens, devendo suscitar a preocupação de profissionais de saúde, de técnicos de educação e dos pais, nomeadamente quando se observam comportamentos agressivos, comportamentos sexuais de risco, uso de substâncias e perturbações alimentares (Strasburger, Wilson, & Jordan, 2009).

Apesar da evidência de potenciais influências negativas, também há evidências de que os *media* podem ser benéficos para os mais jovens, por exemplo, aumentando a empatia e a aceitação da diversidade através da modelagem de comportamentos pró-sociais (Hogan, & Strasburger, 2008b) e desenvolvendo as competências de alfabetização precoce das crianças, através de programação educacional (Linebarger, & Walker, 2005).

A televisão, desde os anos 50 do século passado, tem vindo a ocupar um lugar central na vida de muitas famílias. As ofertas da grelha de programas para crianças e adolescentes são tão extensas que eles gastam uma média de 3 a 6 horas por dia diante do ecrã, mais tempo do que em qualquer outra atividade, excetuando o dormir (Roberts, Foehr, & Rideout, 2006). Certos programas mostram benefícios tanto no que se refere às cognições como aos comportamentos, enquanto outros demonstram promover efeitos menos positivos para a saúde / bem-estar. Os efeitos sadios da televisão podem ser melhorados e os efeitos nocivos atenuados pela presença de um moderador adulto (Anderson, 2002; Bankart, & Anderson, 1979; Friedrich & Stein, 1975; Friedrich, Stein, Kipnis, Susman, & Clewett, 1979; Silverman, & Sprafkin, 1980).

O impacto dos *media* aumenta significativamente com a presença de uma televisão no quarto: a visualização aumenta 1-2 horas por dia (Jordan, Bleakley, Manganello, Hennessy, Stevens, & Fishbein, 2010), aumenta o risco de excesso de peso em 31% (Dennison, Erb, & Jenkins, 2002), e duplica a probabilidade de fumar (Jackson, Brown, & L'Engle, 2007), os pais têm maiores dificuldades em monitorar, os adolescentes

menor participação em atividades como leitura e lazer ativo (Strasburger, Wilson, & Jordan, 2009), e o dormir é encurtado (Zimmerman, 2008).

Os adolescentes de hoje têm um acesso sem precedentes aos novos *media* e usam-nos de maneiras esperadas e inesperadas. Uma pesquisa recente do *Pew Internet e American Life Project* revelou que 93% dos jovens entre os 12 e os 17 anos estão *on-line*, 71% têm um telemóvel, 57% costumam assistir a vídeos na *internet*, 65% criam e visitam sites de redes sociais como *MySpace* e *Facebook*, 38% fazem compras *on-line*, e 28% obtêm informações de saúde (Jones & Fox, 2009). Os adolescentes são também ávidos por jogos, com 97% a relatar que participam em jogos de vídeo no computador, na *Web*, ou em consolas (Lenhart, Kahne, Middaugh, Evans, & Vitak, 2008).

Os jovens são criativos no uso das novas tecnologias, e essa criatividade pode elevar a angústia dos pais, professores e prestadores de cuidados de saúde. Os adolescentes podem fazer *download* de vídeos violentos, enviar mensagens eróticas ou de sexo explícito ou fotografias pessoais aos amigos ou para redes sociais abertas, enviar fotos que obtêm dos seus amigos em momentos mais íntimos, comprar cigarros e cerveja na *internet*, fazer-se passar por outras pessoas, e entrar em jogos de sedução, entre outras coisas (Strasburger, Jordan, & Donnerstein, 2010). Além disso, a *internet* é muitas vezes usada como um mecanismo de intimidação (ex. cyber bullying) e assédio (Berkman Center for Internet and Society, 2008; Donnerstein, 2009; Ybarra, & Mitchell, 2007).

Os adolescentes estão cada vez mais envolvidos em múltiplas tarefas simultâneas com os *media* (Rideout, 2010), mas não é claro se mitigam os efeitos dos *media* ou se afetam o processamento cognitivo. Alguns neuro-cientistas começam a preocupar-se com o impacto de todas estas novas tecnologias no desenvolvimento do cérebro do adolescente (Small, & Vorgan, 2008).

Os meios de comunicação afetam os jovens não só pelo tempo que retiram aos trabalhos escolares ou ao sono, mas também por influenciar crenças e comportamentos (Strasburger, Jordan, & Donnerstein, 2010).

De acordo com a teoria da aprendizagem social, crianças e adolescentes aprendem observando e imitando o que veem no ecrã, especialmente quando estes comportamentos parecem realistas ou são recompensados (Bandura, 1994).

A teoria do desenvolvimento cognitivo afirma que as capacidades cognitivas das crianças e adolescentes, consoante os estágios, determinam se e como entendem o conteúdo dos *media*. Por exemplo, as crianças com menos de oito anos, que ainda não são capazes de compreender a intenção persuasiva, serão mais vulneráveis à publicidade (Strasburger, Wilson, & Jordan, 2009). Além disso, os *media* para os adolescentes dão indicações e fazem propostas de como se comportar em situações mais desconhecidas, como é o caso de relacionamentos românticos (Tolman, Kim, Schooler, & Sorsoli, 2007).

Finalmente, a teoria dos superpares afirma que os *media* são poderosos, como os melhores amigos, tendo influências muitas vezes em comportamentos de risco, fazendo-os parecer como comportamentos normais (Strasburger, Wilson, & Jordan, 2009).

Com as várias teorias a sugerir um efeito potencialmente poderoso dos meios de comunicação, e a crescente evidência empírica do possível impacto negativo, sugere-se o cuidado e monitorização dos pais (Paul, Salwen, & Dupagne, 2007).

Apesar dos efeitos negativos, o *screen time* pode ser poderosamente pró-social e educacional (Hogan, & Strasburger, 2008b). Crianças e adolescentes podem aprender atitudes antiviolência, empatia, tolerância para com pessoas de outras raças e etnias, e respeito pelos mais velhos (Hogan, & Strasburger, 2008b; Strasburger, Wilson, & Jordan, 2009). Os vídeo jogos também podem ser benéficos (Gentile, Anderson, Yukawa, Ihori, Saleem, Ming, Shibuya, Liau, Khoo, Bushman, Rowell Huesmann, & Sakamoto, 2009), nomeadamente na melhoria do ajustamento com regimes de

quimioterapia em adolescentes com cancro (Kato, Cole, Bradlyn, & Pollock, 2008). Mensagens públicas importantes e úteis podem ser incorporada com sucesso em programas que são populares entre os adolescentes. Um episódio recente de *Anatomia de Gray* foi eficaz no ensino de telespectadores sobre o HIV e gravidez (Rideout, 2008).

A investigação sobre o impacto dos *media* digitais na formação e manutenção de relacionamentos revelou que a comunicação *online* e as autorrevelações *online* podem estimular a ligação social entre adolescentes e, assim, o seu bem-estar (Valkenberg, & Peter, 2007). No entanto, os benefícios da socialização *online* só se verificam quando os adolescentes conversam predominantemente com os seus amigos já existentes (Bessier, Kiesler, Kraut, & Boneva, 2008). A comunicação com estranhos (por exemplo, numa sala de *chat* público) ou formas mais solitárias do uso da *internet* (como o navegar na *internet* sem objetivos positivos) têm efeitos negativos sobre a conectividade social (Valkenberg, & Peter, 2009).

3.3.7.1 Violência e Agressão

Mais de 10% de adolescentes entre 10 e 14 anos, nos Estados Unidos da América, viu 40 dos filmes mais violentos em 2003, a que se associam muitos vídeos de música, cada vez mais violentos (Strasburger, Wilson, & Jordan, 2009; Worth, Chambers, Naussau, Rakhra & Sargent, 2008). A violência nos novos *media* tem-se tornado predominante para mais de metade dos jogos (Anderson, Gentile, & Buckley, 2007).

Os investigadores acreditam que a repetida exposição à violência nos *media* pode levar à ansiedade e ao medo (Strasburger, Wilson, & Jordan, 2009), à aceitação da violência como um meio adequado para a resolução de conflitos e a tornar-se insensível (Bushman, & Anderson, 2009), resultando no aumento de agressões e diminuição do altruísmo (Boxer, Huesmann, Bushman, O'Brien, & Mocer, 2009). Segundo Huesmann e colaboradores (2003), a longo prazo desenvolvem-se três estruturas sociocognitivas: (1) esquemas cognitivos referidos a um mundo hostil, isto é, atribuições de hostilidade cega ou subjetiva; (2) normas para resolver problemas sociais baseadas na agressão; (3)

crenças normativas de que a agressão é aceitável e, portanto, suscetível de ser aprovada (Huesmann, Moise-Titus, Podolski & Eron, 2003). Acresce que as formas mais problemática da violência nos *media* inclui atores atraentes e impunes, sem alusão ao dano causado às vítimas, com muito realismo e humor (Boxer et al., 2009).

Os *media* de hoje também dão oportunidade dos adolescentes se comportarem de forma agressiva através da internet, nomeadamente com a intimidação e o assédio (Ybarra, & Mitchell, 2007). A frequência com que os jovens relatam terem sido vítimas de *cyber-bullying* tem variado entre os estudos, mas é claro que o assédio moral *online* acontece com um grupo significativo de adolescentes, sendo, por vezes, angustiante, e frequentemente correlacionado com outros comportamentos de risco e problemas psicossociais, podendo ser preditores de comportamentos agressivos graves (Patchin, & Hinduja, 2006; Ybarra, Diener-West, Markow, Leaf, Hamburger & Boxer, 2008).

Nos últimos anos a difusão dos videojogos supõe uma nova fonte de promoção de comportamentos violentos. Analisando 81 videojogos selecionados por adolescentes, descobriu-se que 79 deles implicavam violência intencional durante cerca de 36% do tempo investido em jogar, 34 continham sangue, mais de metade descreviam cinco ou mais tipos de armas, 37 exigiam destruir objetos, 73 causar dano a pessoas e 56 matar. A frequência de morte de pessoas situava-se em 61 por hora jogada (Haninger, Thompson & Ryan, 2004). Como se fosse pouco, os videojogos também costumam mostrar e, portanto, perpetuar papéis sexistas, sendo frequente a violência dirigida a mulheres.

Os atuais meios de comunicação não influem apenas na agressividade para com outras pessoas; também podem contribuir para o desenvolvimento de comportamentos autolesivos. Com efeito, observou-se que os adolescentes que usam os “*chats*” da *internet* ou que estabelecem relações estreitas com outras pessoas via internet são mais propensos às autoagressões do que os que não usam tais meios (Mitchell & Ybarra, 2007). Na Inglaterra e sobretudo no Japão deu-se o alarme perante o início de suicídios,

habitualmente em grupo, promovidos e pactuados através de comunicações mantidas mediante a *internet* (Naito, 2007).

3.3.7.2 Sexualidade

Numa amostra nacional Norte Americana, de 1500 indivíduos entre 10 e 17 anos de idade, quase metade dos usuários da *internet* tinham sido expostos a pornografia *online* no ano anterior (Brown & L'Engle 2009). Estudos longitudinais recentes têm relacionado a exposição a conteúdo sexual nos *media* com iniciação mais precoce da atividade sexual (Bleakley, Hennessy, Fishbein, & Jordan, 2008a; 2008b), com maior risco de gravidez não planeada (Chandra, Martino, Collins, Elliott, Berry, Kanouse, & Miu, 2008), e com doenças sexualmente transmissíveis (Bleakley et al., 2008a; 2008b). Uma explicação para esta relação pode estar no papel dos *media* como "superpar", passando ao público adolescente a mensagem consistente de que o sexo é normal e sem riscos (Strasburger, Wilson, & Jordan, 2009). Além disso, os *media* desempenham um importante papel no fornecimento de informação sexual para os adolescentes (Bleakley et al, 2008a; 2008b) e na formação das suas crenças sobre o comportamento de homens e mulheres nos relacionamentos românticos (Brown & L'Engle 2009). Os programas de televisão dirigidos a adolescentes têm conteúdo mais sexual do que os orientados para adultos, registando-se ao mesmo tempo pouca menção à necessidade de contraceção ou de responsabilidade (Kunkel, Eyal, Finnerty, Biely, & Donnerstein, 2005).

Os estudos mais recentes de segurança na *internet* têm sugerido que a solicitação sexual de menores é mais provável de ocorrer por outros menores (Berkman Center for Internet and Society, 2008), nomeadamente em *sites* de redes sociais como o *MySpace* e o *Facebook* (Patchin, & Hinduja, 2006), por vezes de formas sexualmente muito sugestivas (Braun-Courville & Rojas 2009). Uma pesquisa nacional nos Estados Unidos da América de "sms" com "mensagens com teor sexual", realizado em idades entre 13 e 19 anos, revelou que 20% tinha enviado e 48% tinham recebido mensagens sexuais.

3.3.7.3 Uso de Substâncias

As pesquisas têm mostrado um impacto significativo do *marketing* de substâncias (tabaco, álcool e medicamentos) junto dos adolescentes (Anderson, de Bruijn, Angus, Gordon, & Hastings, 2009; Engels, Herman, van Baaren, Hollenstein, & Bot, 2009; Strasburger, Wilson, & Jordan, 2009). Os adolescentes também podem ver conteúdos de álcool e de drogas em vídeos *online* (Laugesen, Scragg, Wellman, & DiFranza, 2007). Estudos recentes de *sites* de redes sociais descobriram que o abuso de substâncias é referenciado em 40% dos perfis (Moreno, Briner, Williams, Walker, & Christakis, 2009; Moreno, Parks, Zimmerman & Brito, 2009). Imagens de tabaco e álcool também são prevalentes nos filmes: cerca de 70% dos filmes feitos nos Estados Unidos contêm essas imagens. A pesquisa tem ajudado a perceber que a exposição ao tabagismo e ao álcool de personagens dos filmes está associada com a iniciação do tabagismo e do consumo de álcool: os espectadores que se identificam com o enredo e os personagens são mais propensos a aumentar a sua intenção de fumar (Heatherton & Sargent, 2009; Titus-Ernstoff, Dalton, Adachi-Mejia, Longacre & Beach, 2008).

Os fatores de risco para o uso da substância tendem a ser concomitantes e a agrupar-se à volta dos adolescentes com elevada exposição e que estão em risco para adotar o uso da substância. Concorrem normalmente muitas razões para além da sua excessiva exposição aos *media*. Ao chegar a determinado ponto, a exposição adicional tem apenas um pequeno efeito, apesar de poder ser o desencadeador (Hanewinkel & Sargent, 2009).

A análise da publicidade a substâncias consideradas socialmente lícitas, como o consumo de álcool, está associado a uma série de características pessoais e circunstanciais sumamente atrativas para os adolescentes: camaradagem social, companheirismo, masculinidade, atração sexual, romances, fugas da realidade e aventuras. Praticamente nunca se contemplam consequências negativas de beber, nem ressacas, nem acidentes, nem violência (Martino, Collins, Ellickson, Schell, & McCaffrey, 2006).

3.3.7.4 Comportamentos Alimentares e Preocupação Com o Corpo

Numerosos estudos longitudinais americanos e internacionais (um deles, com 26 anos de duração) demonstram que o uso dos *media* está a contribuir para a atual epidemia de obesidade no mundo inteiro (Jordan, Kramer-Golinkoff, & Strasburger, 2008). Experiências controladas têm mostrado evidências de que a exposição à publicidade de *junk food* tem um impacto sobre as crenças das crianças quanto a preferências alimentares (Robinson, Borzekowski, Matheson, & Kraemer, 2007). Além da influência da publicidade, comer durante a exibição pode levar a um maior consumo de alimentos com mais teor de gordura, com mais farináceos, com baixo teor nutricional (Blass, Anderson, Kirkorian, Pempek, Price, & Koleini, 2006; Harris, Bargh, & Brownell, 2009; Harris, Pomeranz, Lobstein, & Brownell, 2009; Kunkel, McKinley, & Wright, 2009). Alguns investigadores avançaram a hipótese de que os sinais de saciedade são suprimidos em condições de visualização (Jordan, et al., 2008; Zimmerman, 2008). Há vários aspetos em que o *screen time* pode contribuir para a obesidade: (1) aumento da atividade sedentária e diminuição da atividade física; (2) práticas alimentares aprendidas através dos anúncios e programas que não são saudáveis; (3) aumento do apetite e do consumo de alimentos durante a visualização; (4) interferência com os padrões normais de sono (Strasburger, 2011; Wiecha, Peterson, Ludwig, Kim, Sobol, & Gortmaker, 2006; Zimmerman, & Bell, 2010).

Aumentar a atividade física diminuir a quantidade *screen time*, melhora as práticas nutricionais, previne o aparecimento da obesidade e diminui a obesidade existente (Barnett, O'Loughlin, Sabiston, Karp, Be'langer, Van Hulst, & Lambert, 2010; Pate, 2008).

Paralelamente, os meios de comunicação constituíram-se no mais importante meio transmissor da cultura da magreza. A exposição a corpos magros, encarnando personagens populares ou famosas, está associada à interiorização do modelo corporal magro, insatisfação corporal e sintomas de perturbação do comportamento alimentar (Bardone-Cone & Cass, 2007; Trallero, 2010). A visualização de programas realistas

dedicados à cirurgia estética ou a leitura de artigos em revistas ou na *internet* sobre o mesmo tema é suficiente para que muitas adolescentes e jovens, previamente atraídas por um corpo ideal magro, manifestem uma perda de autoestima (Mazzeo, Trace, Mitchell & Gow, 2007).

Os vídeos musicais também exercem a sua influência. Estes vídeos, amiúdo, incluem modelos, escassamente vestidas, cujos movimentos de dança sublinham o volume, a forma e as proporções dos seus corpos. Muitas adolescentes que contemplam estes vídeos musicais experimentam um incremento significativo da sua insatisfação corporal (Bell, Lawton, & Dittmar, 2007).

Algo distinto é o que faz referência ao modelo masculino vigente, o qual suscita nos adolescentes o seu desejo de desenvolvimento muscular. Os rapazes que se interessam por revistas e por sítios da *internet* dedicadas ao género masculino, comparados com quem não se interessa, têm duas vezes mais probabilidades de consumir produtos que supõe que melhorará a sua aparência física, musculatura ou força. Também os videojogos, cujos heróis costumam ser espetacularmente musculados e robustos, predizem a aparição do desejo de desenvolvimento muscular (Harrison & Bond, 2007)

3.3.7.5 Problemas Escolares e de Atenção

Em relação à atenção, umas das explicações avançadas sugere que os espetáculos na televisão e nos videojogos são tão emocionantes que as crianças e adolescentes com mais *screen time* têm maior dificuldade em prestar atenção a tarefas menos emocionantes, como poderá ser o caso dos trabalhos da escola. Uma outra hipótese sugerida é que os programas de televisão e vídeo associados aos comandos à distância oferecem mudanças rápidas de perspetiva e de focalização, sendo que a exposição frequente ao ecrã pode prejudicar as capacidades dos mais novos para sustentar a concentração mais prolongada em tarefas que de si não são tão apelativas para a atenção. O mesmo se pode aplicar na navegação na *internet* (Edward, Douglas, Craig, & David, 2010).

Em contraste com o ritmo com o qual se desenrola a vida real, a televisão e os vídeo-jogos, em especial os dirigidos aos mais jovens, normalmente empregam mudanças de cenas e edições rápidas. Essas características formais são usadas para envolver as respostas dos mais novos, orientar o reflexo primitivo focalizando a atenção sobre os pontos de interesse ou sons estranhos, mantendo-os efetivamente focados no ecrã. No entanto, o aspeto surreal das cenas pode ser sobre-estimulante para os cérebros em desenvolvimento, capacitando-os na verdade para esperar entradas intensas / emocionantes / envolventes e, por comparação, desinteressando-os da realidade ou mesmo aborrecendo-a (Christakis, 2009).

A TV e outros *media* são conhecidos por afetar, deslocar ou perturbar os padrões de sono dos mais jovens. Um estudo longitudinal com adolescentes de Nova Iorque descobriu que assistir 3 ou mais horas de TV por dia duplicou o risco de dificuldades em adormecer em comparação com adolescentes que assistiam menos de uma hora por dia (Johnson, Cohen, Kasen, First, & Brook, 2004; Jordan, Strasburger, Kramer-Golinkoff, & Strasburger, 2008). Há também evidências de que deitar-se mais tarde e dormir menos tempo pode estar associado a um maior risco de obesidade. O mecanismo pode ter a ver com o facto da perda de sono levar a consumir menos alimentos saudáveis para manter a energia, uma vez que a privação de sono leva à fadiga, aumentando ao mesmo tempo o sedentarismo (Bell, & Zimmerman, 2010; Lytle, Pasch, & Farbaksh, 2011). Também pode acontecer que o não dormir o suficiente provoque alterações metabólicas (Van Cauter et al. 2007).

Muitas horas de *screen time* também têm sido associadas com hipercolesterolemia (Aadahl, Kjaer, & Jorgensen, 2007), hipertensão (Martinez-Gomez, Tucker, Heelan, Welk, & Eisenmann, 2009), aumento da prevalência de asma (Sherriff, Maitra, Ness, Mattocks, Riddoch, Reilly, Paton & Henderson, 2009), distúrbios do sono (Dworak, Schierl, Bruns, & Struder, 2007), transtornos do humor (Kappos, 2007), aflição psicológica (Hamer, Stamatakis, & Mishra, 2009), depressão (Primack, Swanier, & Georgiopoulos, 2009). Estes estudos foram em grande parte correlacionais e, portanto, não mostram necessariamente causa e efeito.

Referências Bibliográficas

- Aadahl, M., Kjaer, M. & Jorgensen, T. (2007). Influence of time spent on TV viewing and vigorous intensity physical activity on cardiovascular biomarkers. The Inter 99 study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 14(5), 660–665.
- Achterberg, C., & Miller, C. (2004). Is one theory better than another in nutrition education? A viewpoint: More is better. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 36(1), 40-42.
- Adms, R. & Laursen, B. (2001). The organization and Dynamics of adolescent conflict with parents and friends. *Journal of Marriage and Family*, 63, 97-110.
- Albuquerque, I. & Lima, M. P. (2007). *Personalidade e Bem-Estar Subjetivo: Uma Abordagem com os Projetos Pessoais*. Psicologia.com.pt. Consultado em 16 de novembro de 2009 na World Wide Web: www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0373.pdf.
- Almedom, A. M. & Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD anymore than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 127-143.
- Alzaker, F. (1996). Annotation: the impact of puberty. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 249-258.
- Andersen, S. M., Chen, S., & Carter, C. (2000). Fundamental human needs: Making social cognition relevant. *Psychological Inquiry*, 11, 269-275.
- Anderson, C. (2002). The effects of media violence on society. *Science*, 295, 2377–2389.
- Anderson, C. A, Gentile, D. A. & Buckley, K. E. (2007). *Violent Video Game Effects on Children and Adolescents: Theory, Research, and Public Policy*. New York, NY: Oxford University Press.
- Anderson, P., de Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R. & Hastings, G. (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol Alcohol*, 44(3), 229-243.

- Ardelt M., & Day, L. (2002). Parents, siblings, and peers: Close social relationships and adolescent deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22(3), 310-349.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una visión integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Argyle, M. (2001). *La psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Arita, B. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126.
- Azúa, S. R. (2007). *El autoconcepto físico: Estructura interna, medida y variabilidad*. Bilbao: UPV/EHU.
- Azúa, S. R., Goñi, A. & Madariaga, J. M. (2009). Diferencias en el autoconcepto físico asociadas a la edad y al género. In Alfredo Goñi Granmontagne (Org.), *El Autoconcepto Físico: Psicología Y Educación*. Madrid: Ediciones Pirámide, pp 113- 125.
- Baile, J. I. (2003). Qué es la imagen corporal? *Revista de Humanidades Cuadernos del Marqués de San Adrián*, 2, 53-70.
- Ballesteros, B., Medina, A. & Caycedo, C. (2006). El Bienestar Psicológico Definido por Asistentes a un Servicio de Consulta Psicológica en Bogotá. *Universitas Psychologica*, 5(2), 239-258.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory of mass communication. In Bryant, J. & Zillmann, D. eds. *Media Effects: Advances in Theory and Research*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 61-90.
- Bankart, C. & Anderson, C. (1979). Short-term effects of prosocial television viewing on play of preschool boys and girls. *Psychological Reports*, 44, 935-41.
- Bardone-Cone, A. M. & Cass, K. M. (2007). What does viewing a pro-anorexia website exposure and moderating effects. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 537-548.
- Barnett, T., O'Loughlin, J., Sabiston, C., Karp, I., Be'langer, M., Van Hulst, A. & Lambert, M. (2010). Teens and Screens: The Influence of Screen Time on Adiposity in Adolescents. *American Journal of Epidemiology*, 172(3), 255-262.

- Barrientos, J. (2005). *Calidad de vida, bienestar subjetivo: una mirada psicosocial*. Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
- Baumeister, R. (1991). *Meanings of Life*. New York: Guilford.
- Bekaert, S. (2003). Developing adolescent services in general practice. *Nursing Standart*, 17(36), 33-36.
- Bell, B. T., Lawton, R. & Dittmar, H. (2007). The impacto of thin models in music vídeos on adolescent girl's body dissatisfaction. *Body Image*, 4, 137-145.
- Bell, J. & Zimmerman, F. (2010). Shortened nighttime sleep duration in early life and subsequent childhood obesity. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(9):840–845
- Bennett, D., & Tonkin, R.S. (2003). International developments in adolescent health care: A story of advocacy and achievement. *Journal of Adolescent Research*, 33, 240-251.
- Bergeron, D. & Tylka, T. L. (2007). Support for the uniqueness of body dissatisfaction from drive for muscularity among men. *Body Image*, 4, 288-295.
- Berjano, R., Foguet, J. & González, A. (2008). El desarrollo de estilos de vida en los adolescentes escolarizados: diferencias entre chicos y chicas. *IberPsicología 2008: 13.1*. Consultado em 27 de julho de 2008 na World Wide Web: <http://psicologia-online/ciopa2001/atividades/57/index.html>.
- Berkman Center for Internet and Society. (2008). *Enhancing Child Safety and Online Technologies: Final Report of the Internet Safety Technical Task Force to the Multistate Working Group on Social Networking of State Attorneys General of the United States*. Cambridge, MA: Berkman Center for Internet and Society.
- Berlin, L. J., Cassidy, J. & Appleyard, K. (2008). The influence of early attachments on other relationships. In J. Cassidy & Ph. Shaver (Eds.). *Handbook of Attachment* (2º ed.): New York: Guilford, pp. 333-365.
- Bessier, K., Kiesler, S., Kraut, R. & Boneva, B. (2008). Effects of Internet use and social resources on changes in depression. *Information, Communication & Society*, 11(1), 47–70

- Bisegger, C., Cloetta, B., von Rüden, U., Abel, T., Ravens-Sieberger, U. & The European KIDSCREEN Group (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial und Präventivmedizin*, 50, 281-291.
- Bisquerra, R. (2008). *Educación Emocional y Bienestar*. Madrid: Wolters Kluwer España.
- Blakemore, S. & Choudhury, S. (2006). Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 296-312.
- Blass, E., Anderson, D., Kirkorian, H., Pempek, T., Price, I. & Kolesni, M. (2006). On the road to obesity: television viewing increases intake of high-density foods. *Physiology & Behavior*, 88(4-5), 597-604.
- Bleakley, A., Hennessy, M., Fishbein, M. & Jordan, A. (2008a). How sources of sexual information relate to adolescents' beliefs about sex. *The American Journal Health Behavior*, 33(1): 37-48.
- Bleakley, A., Hennessy, M., Fishbein, M. & Jordan, A. (2008b). It works both ways: the relationship between sexual content in the media and adolescent sexual behavior. *Media Psychology*, 11(4): 443-461.
- Blum, R.W., Nelson-Mmari, K. The Health of Young People in a Global Context. *Journal of Adolescent Health*, 35, 402-418.
- Bot, S. M., Engels, R. C. M. E., Knibbe, R. A., & Meeus, W. (2005). Friend's drinking and adolescent alcohol consumption: The moderating role of friendship characteristics. *Addictive Behaviors*, 30, 929-947.
- Bourne, H. (2001). *Peer Pressure*. Consultado em 24 de janeiro de 2011 na World Wide Web: http://findarticles.com/p/articles/mi_g2699/is_0005/ai_2699000579/.
- Boxer, P., Huesmann, L. R., Bushman, B. J., O'Brien, M. & Mocer, D. (2009). The role of violent media preference in cumulative developmental risk for violence and general aggression. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(3), 417-428.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bradley, R. & Corwyn, R. (2002). Socioeconomic status and children development. *Annual Review of Psychology*, 53, 371-399.

- Bramston, P., Pretty, G., Chipuer, H. (2002). Unravelling subjective quality of life: An investigation of the individual and community determinants. *Social Indicators Research*, 59, 261-274.
- Branje, S., Van Aken, M., & Van Lieshout, C. (2002). Relational support in families with adolescents. *Journal of Family Psychology*, 16(3), 351-362.
- Braun-Courville, D. K. & Rojas, M. (2009). Exposure to sexually explicit Web sites and adolescent sexual attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 45(2), 156-162.
- Brausch, A. M. & Muehlenkamp, J. J. (2007). Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image*, 4, 207-212.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Brooks, R. & Goldstein, S. (2010). *El Poder de la Resiliencia. Cómo Superar los Problemas y la Adversidad*. Barcelona: Paidós.
- Brown, B. B. (2004). Adolescent's relationships with peers. In Lerner, R. M. & Steinberg, L. (dirs.): *Handbook of adolescent psychology*, 2ª ed. Hoboken, New Jersey: Wiley, pp. 363-394.
- Brown, J. D. & L'Engle, K. L. (2009). X-rated: sexual attitudes and behaviors associated with US early adolescents' exposure to sexually explicit media. *Communication Research*, 36(1), 129-151.
- Bushman, B. J. & Anderson, C. A. (2009). Comfortably numb: desensitizing effects of violent media on helping others. *Psychological Science*, 20(3), 273-277.
- Camacho, I. & Matos, M. (2008). A família: fator de proteção no consumo de substâncias. In M. Matos (Eds.). *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?*. Lisboa: IDT, pp. 165-200.
- Canino, I. & González, N. (2003). Sociocultural issues in adolescent development. In Rosner, R (dir.): *Textbook of Adolescent Psychiatry*. Londres: Arnold, pp. 165-170.
- Carrillo, S., Ripoll-Nuñez, K., Cabrera, V. & Bastidas, H. (2009). Relaciones familiares, calidad de vida y competencia social en adolescentes y jóvenes colombianos. *Summa Psicológica*, 6(2), 3-18.

- Castells, P. & Silber, T. (2006). *Guía Práctica de la Salud y Psicología del Adolescente*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Catalano, R., Berglund, M., Ryan, J., Lonczak, H. & Hawkins, D. (2002). *Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs*. Consultado em 14 de novembro de 2010 na World Wide Web: <http://www.journals.apa.org/prevention/vol5/pre0050015a.html>.
- Ceballos, G. (2009). *El Adolescente y sus Retos: La Aventura de Hacerse Mayor*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Chambers, R., Taylor, J. & Potenza, M. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1041-1052.
- Chandra, A., Martino, S. C., Collins, R. L., Elliott, M. N., Berry, S. H., Kanouse, D. E. & Miu, A. (2008). Does watching sex on television predict teen pregnancy? Findings from a National Longitudinal Survey of Youth. *Pediatrics*, 122(5), 1047-1054.
- Christakis, D. (2009). The effects of infant media usage: what do we know and what should we learn?. *Acta Paediatrica*, 98(1), 8-16.
- Chung, H., & Furnham, A. (2002). Personality, peer relations, and self-confidence as predictors of happiness and loneliness. *Journal of Adolescence*, 25, 327-339.
- Çiviti, N. & Çiviti, A. (2009). Self-esteem as mediator and moderator of relationships between loneliness and life satisfaction in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47, 954-958.
- Claudino, J., Cordeiro, R., & Arriaga, M. (2006). Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos um estudo realizado junto de adolescentes préuniversitários. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 182-195.
- Cloninger, C. R. (2006). The science of well-being: An integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*, 5, 71-76.
- Cohall, A. T., Cohall, R., Dye, B., Dini, S., Vaughan, R. D., & Coots, S. (2007). Overheard in the halls: What adolescents are saying, and what teachers are hearing, about health issues. *Journal of School Health*, 77(7), 344-350.

- Collins, W. A. & Laursen, B. (2004). Parent-adolescent relationships and influences. In Lerner R. M. & Steinberg L. (eds.). *Handbook of Adolescent Psychology*. Hoboken, NJ: Wiley, 2nd ed., pp. 331–361.
- Compas, B. (2004). Processes of risk and resilience during adolescence. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*, Hoboken, New Jersey: Wiley, 2nd ed., pp. 263-296.
- Corsano, P., Majorano, M., & Champretavy, L. (2006). Psychological well-being in adolescence: The contribution of interpersonal relations and experience of being alone. *Adolescence*, 41(162), 341-353.
- Costa, M. & López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Madrid: Pirámide.
- Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XII(1), 83-96.
- Cummins, R. & Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3, 37-69.
- Cummins, R. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699-706.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. & Todd, J. (2000). *Health and health behaviour among young people*. HEPCA series. Copenhagen: World Health Organisation.
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência: A Construção do Cérebro Consciente*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- De la Serna, I. (2004). Alteraciones de la imagen corporal: Anorexia, Vigorexia, Bulimia, Dismorfofobia y cuadros relacionados. *Monografías de Psiquiatría*, 2(16), 32-40.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior." *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Demir, M., & Weitekamp, L. (2007). I Am so happy cause today I found my friend: Friendship and personality as predictors of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 8, 181-211.

- Demir, M., Ozdemir, M., & Weitekamp, L. (2007). Looking to happy tomorrows with friends: best and close friendships as they predict happiness. *Journal of Happiness Studies*, 8, 243-271.
- Dennison, B. A., Erb, T. A. & Jenkins, P. L. (2002). Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics*, 109(6), 1028-1035
- Detmar, S.; Bruil, J.; Ravens-Sieberer, U.; Gosch, A.; Bisegger, C. & the European KIDSCREEN group (2006). The use of focus group in the development of the KIDSCREEN HRQL questionnaire. *Quality of Life Research*, 1(5), 1345-1353.
- DGS (2005). *Bases do Programa Nacional de Saúde dos Jovens*. Lisboa: Direção Geral de Saúde: Divisão Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- DGS (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010*. Direção Geral de Saúde: Divisão Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- DGS (2007a). Atividade física e desporto: Atuação ao nível da Educação para a Saúde. *Circular Informativa N° 30/DICES*.
- DGS. (2007b). *Health in Portugal: 2007*. Lisboa: DGS
- Diaz, D., Blanco, A., Horcajo, J. & Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19(2), 286-294.
- Diaz, E. M., & Alvarado, N. R. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Revista Universum*, 22(2), 177-193.
- Díaz, G. (2001). El bienestar subjetivo, actualidad y perspectiva s. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 17(6), 572-579.
- Dickerhoof, R. (2007). *Expressing gratitude and optimism. A longitudinal investigation of cognitive activities to increase well-being*, tesis doctoral inédita. Facultad de Psicología, Universida de California, Riveside.
- Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. *Social Indicators Research*, 57, 119-169.

- Diener, E. & Lucas, R. (2000). Subjective Emotional Well-being. In M. Lewis & J. M. Haviland (Org.). *Handbook of emotions* (2^a ed.). New York: Guildford, pp. 19-41.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3, 67-113.
- Diener, E., Nickerson, C., Lucas, R. & Sandvik, E. (2002). Dispositional affect and job outcomes. *Social Indicators Research*, 59, 229-259.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Donnerstein, E. (2009). The Internet. In Strasburger, V. C., Wilson, B.J. & Jordan, A. (eds.) *Children, Adolescents, and the Media*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 471-498.
- Dowdell, E. B. (2006). Alcohol use, smoking, and feeling unsafe: Health risk behaviors of two urban seventh grade classes. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 157-171.
- Drukker, M., Kaplan, C. D., Feron, F. J. M. & Van Os, J. (2003) Children's health-related quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Social Science and Medicine*, 57, 825-841.
- Duckworth, A., Steen, T., & Seligman, M. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Duncan, S., Duncan, T., Strycker, L., & Chaumeton, N. (2007). A cohort-sequential latent growth model of physical activity from age 12 to 17 years. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(1), 80-89.
- Dworak, M., Schierl, T., Bruns, T. & Struder, H. (2007). Impact of singular excessive computer game and television exposure on sleep patterns and memory performance of school-aged children. *Pediatrics*, 120(5), 978-985.
- Ebert, S. A., Tucker, D. C., & Roth, D. L. (2002). Psychological resistance factors as predictors of general health status and physical symptom reporting. *Psychology, Health, and Medicine*, 7(3), 363-375.
- Edward, L., Douglas, G., Craig, A. & David, A. (2010). Television and Video Game Exposure and the Development of Attention Problems. *Pediatrics*, 126(2), 214-

221. Consultado em 23 de setembro de 2011 na World Wide Web: <http://www.pediatricsdigest.mobi/content/126/2/214.full>.
- Eisenberg, M. E. & Neumark-Sztainer, D. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 733-741.
- Eisenberg, N. & Morris, A. (2004). Moral cognitions and prosocial responding adolescence. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*, Hoboken, New Jersey: Wiley, pp. 155-188.
- Engels, R., Herman, R., van Baaren, R., Hollenstein, T. & Bot, S. (2009). Alcohol portrayal on television affects atual drinking behavior. *Alcohol Alcohol*. 44(3), 244-249.
- Enricone, D. (2004). *Ser Professor*. 4ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Esnaola, I. & Iturriaga, G. (2009). Hábitos de vida saludable y autoconcepto físico. In Grandmontagne, A. G. (Coord.). *El Autoconcepto Físico. Psicología y educación*. Pirámide. Madrid, pp. 155-172.
- Esnaola, I. & Rodríguez, A. (2009). La imagen corporal y el autoconcepto físico. In *El Autoconcepto Físico: Psicología Y Educación*. Alfredo Goñi Granmontagne (Coord). Ediciones Pirámide: Madrid, pp. 193- 205.
- Fava, G. A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(1), 45-63.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., et al. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychother Psychosom*, 74(1), 26-30.
- Fernández-Berrocal, P. & Ruiz, D. (2008). La educación de la inteligência emocional desde el modelo de Mayer y Salovey. In M. S. Jiménez (coord.). *Educación Emocional y Convivencia en el aula*. Madrid. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, pp. 163-178.
- Ferraz, R. B., Tavares, H., & Zilberman, M. L. (2007). Felicidade: Uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 234-242

- Field, T. M., Diego, M., & Sanders, C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37(145), 121-130.
- Flouri, E. (2008). Fathering and adolescent's psychosocial adjustment: the role of father's involvement, residence and biology status. *Child: Care, Health and Development*, 34, 152-161.
- Forbes, G. B., & Frederick, D. A. (2008). The UCLA body project II: Breast and body dissatisfaction among African, Asian, European, and Hispanic American college women. *Sex Roles*, 58, 449-457.
- Frankl, V. (1991). *La voluntad del sentido*. Barcelona: Herder.
- Friedman, R. & Chase-Lansdale, P. (2002). Chronic adversities. In Rutter, M. & Taylor, E. (dirs.): *Child and Adolescent Psychiatry*, 4^a ed. Oxford: Blackwell Science, pp. 261-276.
- Friedrich, L. & Stein, A. (1975). Prosocial television and young children: the effects of verbal labeling and role playing on learning and behavior. *Child Development*, 46, 27-38.
- Friedrich, L., Stein, A., Kipnis, D., Susman, E. & Clewett, A. (1979). Environmental enhancement of prosocial television content: effects on interpersonal behavior, imaginative play, and self-regulation in a natural setting. *Developmental Psychology*, 15, 637-646.
- Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R. & Rimpelä, M. (2007). The association of parental monitoring and family structure with diverse maladjustment outcomes in middle adolescent boys and girls. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 949-958.
- Fuentetaja, A. M. L. & Masó, A. C. (2007). *Adolescencia: Limites Imprecisos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fuh, J.; Wang, S.; Lu, S. & Juang, K. (2005). Assessing quality of life for adolescents in Taiwan. *Psychiatric and Clinical Neurosciences*, 59, 11-18.
- Gabriel, S., Carvallo, M., Jaremka, L. M. & Tippin, B. (2008). A friend is a present you give to your "self": Comfort with intimacy moderates the effects of friends on self-liking. *Journal of Experimental and Social Psychology*, 44, 330-343.

- Galambos, N. (2004). Gender and gender role development in adolescence. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*, Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons., pp. 233-262.
- García, M. (2002). El bienestar subjetivo, *Escritos de Psicología*, 6, 18-39.
- García-Camba, E. (2004). Dismorfofobia. *Monografías de Psiquiatría*, 16(2), 25-31.
- García-Viniegras, C. & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación con otras categorías sociales, *Revista Cubana de Medicina Integral*, 16(6), 586-592.
- Garnefski, N. & Diekstra, R. W. F. (1996). Perceived social support from family, school, and peers: relationship with emotional and behavioral problems among adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1657-1664.
- Garnefski, N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peer among adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1175-1181.
- Gaspar, T. & Matos, M. G. (Coord.) (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes, versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen-52*. Aventura Social e Saúde.
- Gaspar, T., Pais-Ribeiro, J., Matos, M. & Leal, I. (2008). Promoção de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 55-71.
- Gaspar, T.; Matos, M.; Gonçalves, A.; Ferreira, M. & Linhares, F. (2006). Comportamentos Sexuais, Conhecimentos e Atitudes Face ao VIH/Sida em Adolescentes Migrantes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2), 299-316.
- Gentile, D., Anderson, C., Yukawa, S., Ithori, N., Saleem, M., Ming, L., Shibuya, A., Liao, A. Khoo, A., Bushman, B., Rowell Huesmann, L. & Sakamoto, A. (2009). The effects of prosocial video games on prosocial behaviors: international evidence from correlational, longitudinal, and experimental studies. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(6), 752-763
- Gervilla, E. (2002). La tiranía de la belleza, un problema educativo hoy La estética del cuerpo como valor y como problema. *Teoría de la Educación*, 14, 185-206.

- Guilman, R. & Huebner, S. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Younuth Adolescence*, 35(3), 311-319.
- Guldbrandsson, K., & Bremberg, S. (2005). Two approaches to school health promotion – a focus on health-related behaviours and general competencies: An ecological study of 25 Swedish municipalities. *Health Promotion International*, 21(1), 37-44.
- Halvarsson, K., Lunner, K., Westerberg, J., Anteson, F. & Sjöden, P-O. (2002). A longitudinal study of the development of dieting among 7-17 year-old Swedish girls. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 32-42.
- Hamer, M., Stamatakis, E. & Mishra, G. (2009). Psychological distress, television viewing and physical activity in children aged 4 to 12 years. *Pediatrics*, 123(5), 1263–1268.
- Hanewinkel, R. & Sargent, J. (2009). Longitudinal Study of Exposure to Entertainment Media and Alcohol Use Among German Adolescents. *Pediatrics*, 123(3), 989-995.
- Haninger, K., Thompson, K. M. & Ryan, M. S. (2004). Violence in teen-rated vídeo games. *Medscape General Medicine*, 6(1). Consultado em 1 de março de 2011 na World Wide Web: <http://www.medscape.com/viewarticle/468087>.
- Harding, L. (2001). Children's Quality of Life Assessments: a review of genetic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 79-96.
- Harris, J., Bargh, J. & Brownell, K. (2009). Priming effects of television food advertising on eating behavior. *Health Psychology*, 28(4), 404-413.
- Harris, J., Pomeranz, J., Lobstein, T. & Brownell, K. (2009). A crisis in the marketplace: how food marketing contributes to childhood obesity and what can be done. *The Annual Review of Public Health*, 30, 211–225.
- Harrison, K. & Bond, B. J. (2007). Gaming magazines and the drive for muscularity in preadolescent boys: a longitudinal examination. *Body Image*, 4, 269-277.
- Hartup, W. (2005). Peer interaction: What causes what? *Journal of Abnormal Child Psychology*. Consultado em 10 de novembro de 2010 na World Wide Web: <http://www.springerlink.com/content/q44608h9p0hm0752/fulltext.pdf>.

Health Behaviour in School-Aged Children (2006).

Heatherton, T. & Sargent, J. (2009). Does watching smoking in movies promote teenage smoking? *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 63-67.

Helseth, S. & Lund, T. (2005). Assessing health-related quality of life in adolescents: some psychometric properties of the first Norwegian version of KINDL. *Scandinavian Journal Caring science*, 19, 102-109.

Hermes, S. F., & Keel, P. K. (2003). The influence of puberty and ethnicity on awareness and internalization of the thin ideal. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 465-467.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., & Morgan, M. (2004). *The ESPAD report 2003: Alcohol and drug use among students in 35 european countries*. Stockholm. Consultado em 10 de fevereiro 2008 na World Wide Web: <http://www.can.se/documents/CAN/Rapporter/ESPAD/ESPAD-the-ESPAD-report-2003.pdf>

Hogan, M. & Strasburger, V. (2008a). Body image, eating disorders, and the media. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 19(3), 521-546, x-xi.

Hogan, M. J. & Strasburger, V. C. (2008b). Media and prosocial behavior in children and adolescents. In Nucci, L. & Narvaez, D. (eds.) *Handbook of Moral and Character Education*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 537-553.

Huesmann, L. R., Moise-Titus, J., Podolski, C. L. & Eron, L. D. (2003). Longitudinal relations between children's exposure to television violence and their aggressive and violent behavior in young adulthood: 1977-1992. *Developmental Psychology*, 39, 201-221.

Humphrey, N., Curran, A., Morris, E., Farrel, P. & Woods, K. (2007). Emotional intelligence and education: A critical review. *Educational Psychology*, 27(2): 235-254.

Irwin, C. E. (2003). Adolescent health at the crossroads. Where do we go from here? *Journal of Adolescent Health*, 33, 51-56.

ISAPS. (2010). International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2009.

- Jackson, C., Brown, J. D. & L'Engle, K. L. (2007). R-rated movies, bedroom televisions, and initiation of smoking by white and black adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(3), 260-268.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., & Terwogt, M. M. (2008). My peers, my friend, and I: Peer interactions and somatic complaints in boys and girls. *Social Science & Medicine*, 66, 2195-2205.
- Johnson, J., Cohen, P., Kasen, S., First, M. & Brook, J. (2004). Association between television and sleep problems during adolescence and early adulthood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 158(6), 562–568.
- Jones, S. & Fox, S. (2009). *Generations Online in 2009*. Washington, DC: Pew Research Center. Consultado em 5 de dezembro de 2010 na World Wide Web: www.pewinternet.org/_/media/Files/Reports/2009/PIP_Generations_2009.pdf.
- Jordan, A., Bleakley, A., Manganello, J., Hennessy, M., Stevens, R. & Fishbein, M. (2010). The role of television access in viewing time of U.S. adolescents. *Journal of Children and Media*, 4(4), 355-370.
- Jordan, A., Kramer-Golinkoff, E. & Strasburger, V. (2008). Do the media cause obesity and eating disorders? *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*. 19(3), 431-449.
- Jordan, A., Strasburger, V., Kramer-Golinkoff, E. & Strasburger, V. (2008). Does adolescent media use cause obesity and eating disorders? *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*. 19(3), 431– 449.
- Kahneman, D., Krueger, A., Schkade, D., Schwarz, N. & Stone, A. (2006). Would you be happier if you were richer? A focusing illusion. *Science*, 312(5782), 1908–10.
- Kappos, A. (2007). The impact of electronic media on mental and somatic children's health. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 210(5), 555–562.
- Kato, P., Cole, S., Bradlyn, A. & Pollock, B. (2008). A video game improves behavioral outcomes in adolescents and young adults with cancer: a randomized trial.

- Pediatrics*, 122(2). Consultado em 14 de junho de 2010 na World Wide Web: <http://pediatrics.aappublications.org/content/122/2/e305.full>.
- Keating, D. (2004). Cognitive and brain development. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*, Hoboken, New Jersey: Wiley, pp. 45-84.
- Keyes, C. (2005). Mental health and/or mental illness? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press, pp. 45-59.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing wellbeing: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007–1022.
- Keyes, C.L.M., & Waterman, M.B. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood. In Bornstein, M., Davidson, L., Keyes, C.L.M., & Moore, K. (Eds.), *Wellbeing: Positive development throughout the life course*. Mahwah, NJ: Erlbaum, pp. 477-497
- Kim, J., Rapee, M. R., Oh, J. K., & Moon, H.-S. (2008). Retrospective report of social withdrawal during adolescence and current maladjustment in young adulthood: Cross-cultural comparisons between Australian and South Korean students. *Journal of Adolescence*, 31, 543-563.
- King, R. A. (2002). Adolescence. In Lewis, M. (dir.): *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive textbook, Third edition*. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 332-242.
- Kirchner, T. & Forns, M. (2000). Autopercepción de life events como fatores de riesgo y de protección en adolescentes. Estudio diferencial. *Revista de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 27, 63-76.
- Kirsh, S. (2006). *Children, adolescents and media violence: A critical look at the research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Koivumaa-Honkanar, H., Honkanar, R., Koskenvuo, M. & Kaprio, J. (2003). Self reported happiness in life and suicide in ensuing 20 years. *Social Psychiatry + Psychiatric Epidemiology*, 38, 244-248.
- Kratochvil, C. J. & Harrington, M. J. (2003). Adolescent interpersonal relationships. In Rosner, R. (dir.): *Textbook of Adolescent Psychiatry*. Londres: Arnold, pp. 193-198.
- Kubik, M., Lytle, L. A., & Story, M. (2005). Soft drinks, candy, and fast food: What parents and teachers think about the middle school food environment. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(2), 233-239.
- Kunkel, D., Eyal, K., Finnerty, K., Biely, E. & Donnerstein, E. (2005). *Sex on TV 4: A Biennial Report to the Kaiser Family Foundation*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
- Kunkel, D., McKinley, C. & Wright, P. (2009). *The Impact of Industry Self-regulation on the Nutritional Quality of Foods Advertised on Television to Children*. Oakland, CA: Children Now.
- Kuntsche, E., & Gmel, G. (2004). Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 98, 331-339.
- Laftman, S., & Östberg, V. (2006). The pros and cons of social relations: An analysis of adolescents' health complaints. *Social Science & Medicine*, 63, 611-623.
- Laible, D. & Thompson, R. (2000). Mother-child discourse, attachment security, shared positive affect, and early conscience development. *Child Development*, 71, 1424-1440.
- Lau, J., Rijdsdijk, F. & Eley, T. (2006). Eley. I think, therefore I am: A twin study of attributional style in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7):696-703.
- Laugesen, M., Scragg, R., Wellman, R. J. & DiFranza, J. R. (2007). R-Rated film viewing and adolescent smoking. *Preventive Medicine*, 45, 454-459.
- Laursen, B. & Mooney, K. S. (2008). Relationship network quality: Adolescent adjustment and perceptions of relationships with parents and friends. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 47-53.

- Lawford, J. & Eiser, C. (2001). Exploring links between the concepts of quality of life and resilience. *Pediatric Rehabilitation*, 4(4), 209-216.
- Layard, R. (2005). *Happiness. Lessons of a new science*. The Penguin Press, New York.
- Le Roux, A. (2009). The relationships between adolescents' attitudes toward their fathers and loneliness: A cross-cultural study. *Journal of Child and Family Studies*, 18(2), 219-226.
- Lee, S. J. & Chae, Y. G. (2007). Children's Internet use in a family context: influence on family relationships and parental mediation. *Cyber Psychology & Behavior*, 10, 640-644.
- Lei, L. & Wu, Y. (2007). Adolescent's paternal attachment and internet use. *Cyber Psychology & Behavior*, 10, 633-639.
- Lenhart, A., Kahne, J., Middaugh, A., Evans, C., & Vitak, J. (2008). *Teens, Videogames and Civics*. Washington, DC: Pew Research Center. Consultado em 30 de junho de 2010 na World Wide Web: www.pewinternet.org/Reports/2008/Teens-Video-Games-and-Civics.aspx.
- Lent, R. W. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 482-509.
- Liberalesso, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 55-74.
- Lima, M. & Novo, R. (2006). So far so good? Subjective and social well-being in Portugal and Europe. *Portuguese Journal of Social Science*, 5, 5-33.
- Linebarger, D. H. & Walker, D. (2005). Infants' and toddlers' television viewing and language outcomes. *American Behavioral Scientist*, 48(5), 624-645.
- Lluch, M. T. (1999). *Construcción de una escala para medir la salud mental positiva*. Tesis Doctoral. Consultado em 25 de novembro de 2010 na World Wide Web: <http://andresgranada.files.wordpress.com/2010/06/tesis-construccion-de-una-escala-para-evaluar-la-salud-mental-positiva.pdf>.
- Lluch, M. T. (2002). Evaluacion empirica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25(4), 42-55.

- Loureiro, N. (2004). *A saúde dos jovens portugueses: prática desportiva e sedentarismo*. Tese de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Lubman, D., Yücel, M. & Hall, W. (2007). Substance use and the adolescent brain: a toxic combination? *Journal of Psychopharmacology*, 21, 782-794.
- Lytle, L. A., Pasch, K. E. & Farbakhsh, K. (2011). The relationship between sleep and weight in a sample of adolescents. *Obesity (Silver Spring)*, 19(2), 324-31.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La Ciencia de la Felicidad*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.
- Lyubomirsky, S., Sousa, L., & Dickerhoof, R. (2006). The costs and benefits of writing, talking, and thinking about life's triumphs and defeats. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 692-708.
- Ma, C. & Huebner, S. (2008). Attachment relationship and adolescent's life satisfaction: some relationship matter more to girls than boys. *Psychology in the Schools*, 45(2), 177-190.
- Marmot, M. G. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365, 1099-1104.
- Martinez-Gomez, D., Tucker, J., Heelan, K., Welk, G. & Eisenmann, J. (2009). Associations between sedentary behavior and blood pressure in young children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(8), 724-730.
- Martino, S. C., Collins, R. L., Ellickson, P. Schell, T. L., & McCaffrey, D. (2006). Socio-environmental influences on adolescent's alcohol outcome expectancies: a prospective analysis. *Addiction*, 101(7), 971-983.
- Marujo, H., A. & Neto, L. M. (2004). *Otimismo e Esperança na Educação: Fontes inspiradoras para uma Escola Criativa*. Lisboa: Presença.
- Matos, M. & Equipa Aventura Social. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. & Equipa do Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do estudo HBSC 2006*. Consultado

- em 15 de janeiro de 2010 na World Wide Web: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com.
- Matos, M. & Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde. Diálogos com uma Geração*. Lisboa: Texto.
- Matos, M. (2005). Adolescência, saúde e desenvolvimento. In M. Matos (Eds) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, pp. 27-39.
- Matos, M., Carvalhosa, S., Simões, C., Branco, J., Urbano, J., & Equipa do Aventura Social e Saúde. (2004). *Risco e proteção na adolescência: o adolescente, os amigos, a família e a escola*. Consultado em 25 de junho de 2010 na World Wide Web: <http://www.fmh.utl.pt/>.
- Matos, M., Gonçalves, A. & Gaspar, T. (2005). *Aventura social e saúde: Prevenção do VIH numa comunidade migrante* Lisboa: CMDT/IHMT/UNL & FMH/UTL.
- Mazzeo, S. E., Trace, S. E., Mitchell, K. S. & Gow, R. W. (2007). Effects of a reality television cosmetic surgery makeover program on eating disordered attitudes and behaviors. *Eating Behaviors*, 8, 390-397.
- McCullough, G., Huebner, E., & Laughlin, J. (2000). Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37(3), 281-290.
- McElhaney, K., Porter, M., Thompson, L. & Allen, J. (2008). Apples and oranges: divergent meanings of parent's and adolescent's perceptions of parental influence. *The Journal of Early Adolescence*, 28, 206-229.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos: Prioridades* (Vol. 1). Lisboa: Ministério da Saúde. Consultado em 28 de fevereiro de 2010 na World Wide Web: www.dgsaude.pt.
- Mitchell, K. J. & Ybarra, M. L. (2007). Online behavior of youth who engage in self-harm provides clues for preventive intervention. *Preventive Medicine*, 45, 392-396.
- Moffitt, E. (2005). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene - environment interplay in antisocial behavior. *Psychological Bulletin*, 131, 533-554.

- Moffitt, E., Caspi, A., Harrington, H. & Milne, B. (2002). Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26. *Development & Psychopathology*, 14, 179-206.
- Morales, M. & López-Zafra, E. (2009). Inteligencia emocional Y rendimiento escolar: estado atual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1): 69-79.
- Moreno, M., Briner, L., Williams, A., Walker, L. & Christakis, D. (2009). Real use or “real cool”: adolescents speak out about displayed alcohol references on social networking Websites. *Journal of Adolescent Health*. 45(4), 420-422.
- Moreno, M., Parks, M., Zimmerman, F. & Brito, T. (2009). Christakis DA. Display of health risk behaviors on MySpace by adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 163(1), 27-34.
- Morgan A. (2007) *Frameworks for improving young people’s mental well being: assets and deficits Models*. Paper presented at: WHO/HBSC Forum, March 2007; Las Palmas.
- Mosquera, J. J. M & Stobäus, C. D. (2006). Afetividade : A Manifestação de Sentimentos na Educação. *Educação*, 58(1), 123-133.
- Moss, E., St-Laurent, D., Dubois-Comtois, K., & Cyr, C. (2005). Quality of attachment at school age: Relations between child attachment behavior, psychosocial functioning, and school performance. In K. A. Kerns & R. A. Richardson (Eds.), *Attachment in middle childhood*. New York: Guilford Press, pp. 189-211.
- Mounts, N. (2002). Parental management of adolescent peer relationships in context: The role of parenting style. *Journal of Family Psychology*, 16(1), 58-89.
- Mouratidis, A., & Sideridis, G. (2009). On social achievement goals: Their relations with peer acceptance, classroom belongingness, and perceptions of loneliness. *The Journal of Experimental Education*, 77(3), 285-307.
- Moyano, D., Acevedo, M. & Avendaño, M. J. (2006). *Hacia un modelo de calidad de vida*. Documento de Trabajo n° 002 , Centro de Psicología Aplicada, (CEPA), Escuela de Psicología, Universidad de Talca, Chile.

- Murphey, D. A., Lamonda, K. H., Carney, J. K., & Duncan, P. (2004). Relationships of a brief measure of youth assets to health-promoting and risk behaviors. *Journal of Adolescent Health, 34*, 184-191.
- Nabors, L., Troillett, A., Nash, T., & Masiulis, B. (2005). School nurse perceptions of barriers and supports for children with diabets. *Journal of School Health, 75*(4), 119-124.
- Naito, A. (2007). Internet suicide in Japan: implications for child and adolescent mental health. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 12*, 583-597.
- Najman, J. M., Aird, R., Bor, W., O'Callaghan, M., Williams, G. M. & Shuttlewood, G.J. (2004). The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health. *Social Science & Medicine, 58*(6), 1147-1158.
- Nangle, D. (2004). Opposites do not attract: social status and behavioral style concordances and discordances among children and the peers who like or dislike them. Consultado em 25 de março de 2010 na World Wide Web: www.findarticles.com.
- Needham, B. L. & Crosnoe, R. (2005). Overweight status and depressive symptoms during adolescence. *Journal of Adolescence Health, 36*, 48-55.
- Nelson, C. (2005). Neurobehavioral Development in the Context of Biocultural Co-Constructivism. In P.B. Baltes, P. Reuter-Lorenz, & Rösler (Eds.), *Brain, Mind and Culture: From Interactionism to Biocultural Co-constructivism*. Cambridge University Press: Cambridge, MA, pp. 61-79.
- Nelson, C., Bloom, F., Cameron, J., Amaral, D., Dahl, R. & Pine D. (2002). An integrative, multidisciplinary approach to the study of brain-behavior relations in the context of typical and atypical development. *Development and Psychopathology, 14*, 499-520.
- Nelson, G.; Laurendeau, M. & Chamberland, C. (2001). A Review of Programs to Promote Family Wellness and Prevent the Maltreatment of Children. *Canadian Journal of Behavioural Science, 33*(1) 1-13

- Nurmi, J. (2004). Socialization and self-development. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, Nueva Jersey: Wiley, pp. 85-125.
- Oddrun, S., Dür, W., & Freeman, J. (2004). School. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, *Young people's health in context – health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, pp. 42-51.
- Ohring, R., Garber, J., A., & Brooks-Gunn, J. (2002). Girl's recurrent and recurrent body dissatisfaction: correlates and consequences over 8 years. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 404-415.
- Padilla-Walker, L. M., & Bean, R. A. (2009). Negative and positive peer influence: Relations to positive and negative behaviors of African American, European American, and Hispanic adolescents. *Journal of Adolescence*, 32, 323-337.
- Palomar, J., Lanzagorta, N. & Hernández, J. (2004). *Pobreza, Recursos psicológicos y bienestar subjetivo*. Universidad Iberoamericana, México.
- Patchin, J. W. & Hinduja, S. (2006). Bullies move beyond the schoolyard: a preliminary look at cyberbullying. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 4(2), 148-169.
- Pate, R. (2008). Physically active video gaming: an effective strategy for obesity prevention? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(9), 895– 896.
- Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W.L., Macera, C.A., Bouchard, C., Buchner, D., Ettinger, W., Heath, G., King, A., Kriska, A., Leon, A., Marcus, B., Morris, J., Paffenbarger, R., Patrick, K., Pollock, M., Rippe, J., Sallis, J., & Wilmore, J. (1995). Physical activity and public health: A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and American College of Sports Medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 273, 402-407.
- Paul, B., Salwen, M. B. & Dupagne, M. (2007). The third person effect: a meta-analysis of the perceptual hypothesis. In Preiss, R., Gayle, B., Burrell, N., Allen, M. & Bryant, J. (eds). *Mass Media Effects Research: Advances Through Meta-analysis*. Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 81-102.

- Pecora, N., Murray, J. P. & Wartella, E. A. (2007). *Children and Television: Fifty Years of Research*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Pereira, E., & Matos, M. (2005). Grupo de pares, comportamentos desviantes e consumo de substâncias. In M. Matos (Ed.), *Comunicação Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Cruz Quebrada: FMH Edições, pp. 95-102.
- Pérez, J. J., Maldonado, T. C., Andrade, C. F., & Díaz, D. R. (2007). Judgments expressed by children between 9 to 11 years old, about behaviors and attitudes that lead to acceptance or social rejection in a school group. *Revista Diversitas – Perspetivas em Psicologia*, 3(1), 81-107.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of Character and Well-Being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619
- Pirkanen, M., Pietila, A., Halonen, P., & Laukkanen, E. (2006). School health nurses and substance use among adolescents – towards individual identification and early intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 439-437.
- Poelen, E. A. P., Engels, R. C. M. E., Vorst, H. V. D., Scholte, R. H. J., & Vermulst, A. (2007). Best Friends and alcohol consumption in adolescence: A within-family analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 163-173.
- Power, C. (2002). Childhood adversity still matters for adult health outcomes. *Lancet*, 360, 1610-1620.
- Prada, E. C. (2005). *Psicologia Positiva y Emociones Positivas*. Consultado em 17 de agosto de 2010 na World Wide Web: <http://www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf>.
- Primack, B., Swanier, B. & Georgiopoulos, A. (2009). Land SR, Fine MJ. Association between media use in adolescence and depression in young adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 181-188.
- Qualter, P., & Munn, P. (2005). The friendships and play partners of lonely children. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(3), 379-397.
- Rajmil, L., Alonso, J., Berra, S., Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Simeoni, M-C., Auquier, P. & The Kidscreen Group. (2006). Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *Journal of Adolescent Health*, 38, 511-518.

- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, M., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmo, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. & The European KIDSCREEN Group (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5(3), 353-364.
- Reis, H., Sheldon, K., Gable, S., Roscoe, J., & Ryan, R. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 419-435.
- Reitz, E., Dekovic, M., Meijer, A. M. & Engels, R. C. M. (2006). Longitudinal relations among parenting, best friends, and early adolescent problem behavior. *Journal of Early Adolescence*, 26, 272-295.
- Ribeiro, J. (2003). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition* 23 (1) 121-130.
- Ribeiro, J. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e proteção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2(22) 387-397.
- Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. de Jesus & C. Nunes (coord.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida*. Alcochete: Textiverso, pp. 31-49.
- Richardson, L. P., Garrison, M. M., Drangsholt, M., Lloyd, M. & Linda, R. (2006). Associations between depressive symptoms and obesity during puberty. *General Hospital Psychiatry*, 28, 313-320.
- Rideout, V. (2008). *Television as a Health Educator: A Case Study of Grey's Anatomy*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
- Rideout, V. (2010). *Generation M2: Media in the Lives of 8 to 18-Year-Olds*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
- Roberts, D., Foehr, U. & Rideout, V. (2006). *Generation M: media in the lives of 8–18 year olds*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
- Robinson, T., Borzekowski, D., Matheson, D. & Kraemer, H. (2007). Effects of fast food branding on young children's taste preferences. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(8), 792–797.

- Robitail, S., Ravens-Sieberer, U., Simeoni, M.C., Rajmil, L., Bruil, J., Power, M., Dür, W., Cloetta, B., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, Auquier, P., & the KIDSCREEN Group (2007). Testing the structural and cross-cultural validity of the KIDSCREEN-27 quality of life questionnaire. *Quality of Life Research*, 16(8), 1335-1345.
- Rodríguez, A. & Goñi, A. (2009). Vulnerabilidad de Autoconcepto Físico a los influjos culturales. In *El Autoconcepto Físico: Psicología Y Educación*. Alfredo Goñi Granmontagne (Coord). Ediciones Pirámide: Madrid, pp. 223-247.
- Rodríguez, A. (2009). Bienestar psicológico y autoconcepto físico. In Alfredo Goñi Granmontagne (Org). *El Autoconcepto Físico: Psicología Y Educación*. Madrid: Ediciones Pirámide, pp 193-205.
- Rogers, C. R. (1963). The Actualizing Tendency in Relation to “Motives” and to Consciousness. In *Nebraska Symposium on Motivation*. Ed. Marshall R. Jones. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Roothman, B., Kirsten, D. & Wissing, M. (2003). Gender differences in aspects of psychological well-being. *South African Journal of Psychology*, 33(4), 212-218.
- Rubin, K. H., Dwyer, K. M., Booth-LaForce, C., Kim, A. H., Burgess, K. B., & Rose-Krasnor, L. (2004). Attachment, friendship, and psychosocial functioning in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 24(4), 326-356.
- Rubin, K., Coplan, R., & Bowker, J. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology*, 60, 141-171.
- Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L. Bisegger, C., Ravens-Sieberer, U. & The European Kidscreen Group (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal Epidemiological Community Health*, 60, 130-135.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaemonic well-being. In S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology*, 52. Palo Alto, CA: Annual Reviews, pp. 141-166
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 710-727.

- Ryff, C. (1989). Happiness is everything; or is it? Explorations of the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. (1995). Psychological wellbeing in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 359, 1383-1394.
- Ryff, C., & Singer, B. (1998). The counters of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Ryff, C., & Singer, B. (2006). Best evidence yet for the six-factor model of psychological well-being. *Social Science Research*, 35, 1103-1119.
- Sahuquillo, M. R. (2008). Los menores se enganchan a la cirugía estética. *El País*, 4 Febrero, pp. 34-35.
- Sánchez, L. (2008). *Necesidades en la infancia y en la adolescencia. Respuesta familiar, escolar y social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Schalock, R. (2004). The concept of quality of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 203-216.
- Segrin, C., & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 43, 637-646.
- Seligman, M. & Csikzentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1) 5-14.
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Seligman, M. E. P., Berkowitz, M. W., Catalano, R. F., Damon, W., Eccles, J.S., Gillham, J. E., Moore, K. A., Nicholson, H. J., Park, N., Penn, D. L., Peterson, C., Shih, M., Steen, T. A., Sternberg, R. J., Tierney, J. P., Weissberg, R. P., & Zaff, J. F. (2005). The positive perspective on youth development. In D. L. Evans, E. Foa, R. Gur, H. Hendrin, C. O'Brien, M. E. P. Seligman, & B. T. Walsh (Eds), *Treating and preventing adolescent mental health disorders: What we know and what we don't know*. New York: Oxford University Press,

- The Annenberg Foundation Trust at Sunnylands, and The Annenberg Public Policy Center of the University of Pennsylvania, pp. 499-529
- Sethi, S. & Nolen-Hoeksema, S. (1997). Sex differences in internal and external focusing among adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 696-793.
- Sheldon, K. M. & Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need-satisfaction, and longitudinal well-being: The Self-Concordance Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 482-497.
- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (2001). Goals, congruence, and positive well-being: New empirical validation for humanistic ideas. *Journal of Humanistic Psychology*, 41, 30-50.
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006). Achieving sustainable gains in happiness: Change your actions, not your circumstances. *Journal of Happiness Studies*, 7, 55-86.
- Sheldon, K. M., & Niemiec, C. (2006). It's not just the amount that counts: Balanced need satisfaction also affects well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 331-341.
- Sherriff, A., Maitra, A., Ness, A., Mattocks, C., Riddoch, C., Reilly, J., Paton J., & Henderson, A. (2009). Association of duration of television viewing in early childhood with the subsequent development of asthma. *Thorax*, 64(4), 321–325.
- Silverman, L. & Sprafkin J. (1980). The effects of sesame street's prosocial spots on cooperative play between young children. *Journal of Broadcasting*, 24(2), 135–147.
- Simões, M. C. R. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Simões, M. C. R. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Skevington, S.; Lotfy, M. & O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.

- Small, G. & Vorgan, G. (2008). *iBrain: Surviving the Technology Alteration of the Modern Mind*. New York, NY: Harper Collins.
- Smolak, L. & Stein, J. A. (2006). The relationship of drive for muscularity to sociocultural factors, self-esteem, physical attributes gender role, and social comparison in middle school boys. *Body Image*, 3, 121-129.
- Souza, E. & Grundy, E. (2004). Promoção de Saúde, Epidemiologia Social e Capital Social: Inter-relações e perspectivas para a Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1354-1360.
- Souza, M. M., Borges, I. K., Medeiros, M., Teles, A. S. & Munari, D. B. (2004). A Abordagem de Adolescentes em Grupos: o Contexto da Educação em Saúde e Prevenção de DST. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16(2), 18-22.
- Sowell, E., Trauner, D., Gamst, A. & Jernigan, T. (2002). Development of cortical and subcortical brain structures in childhood and adolescence: a structural MRI study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44, 4-16.
- Spear, L. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neurosciences Biobehavioral Review*, 24, 417-463.
- Spurrier, N., Sawyer, M., Clark, J. & Baghurst, P. (2003). Socio-economic differentials in the health-related quality of life of Australian children: results of a national study. *Australian National Journal of Public Health*, 27, 27-33.
- Srof, B. J., & Velsor-Friedrich, B. (2006). Health promotion in adolescents: A Review of Pender's health promotion model. *Nursing Science Quarterly*, 19(4), 366-373.
- Stansfeld, S., Head, J., Fuhrer, R., Wardle, J. & Cattell, V. (2003). Social inequalities in depressive symptoms and physical functioning in the Whitehall II study: exploring a common cause explanation. *Journal of Epidemiology Community Health*, 57, 361-367.
- Steinberg, L. & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: adolescent-parent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 1-19

- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends of Cognitive Science*, 9, 69-74.
- Stoeckli, G. (2010). The role of individual and social factors in classroom loneliness. *The Journal of Educational Research*, 103, 28-39.
- Strasburger, V. (2011). Children, Adolescents, Obesity, and the Media. *PEDIATRICS*. 128(1), 201-208. Consultado em 12 de setembro de 2011 na World Wide Web: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-1066.
- Strasburger, V. C., Jordan, A. B. & Donnerstein, E. (2010). Health Effects of Media on Children and Adolescents. *Pediatrics*, 125(4), 756-767.
- Strasburger, V. C., Wilson, B. J., & Jordan, A. B. (2009). *Children, Adolescents, And The Media*, 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Suldo, S., & Huebner, E. S. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research*, 78, 179-203.
- Sumter, S. R., Bokhorst, C. L., Steinberg, L., & Westenberg, P. M. (2009). The developmental pattern of resistance to peer influence in adolescence: Will the teenager ever be able to resist? *Journal of Adolescence*, 32, 1009-1021.
- Susman, E. & Rogol, A. (2004). Puberty and psychological development. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, Nueva Jersey: Wiley, pp. 15-44.
- Sussman, S., Pokhrel, P., Ashmore, R. D., & Brown, B. B. (2007). Adolescent peer group identification and characteristics: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 32, 1602-1627.
- Sussman, S., Unger, J., & Dent, C. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: a predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(4), 9-25.
- Tarrant, M., Mackenzie, L., & Hewitt, L. (2006). Friendship group identification multidimensional self-concept, and experience of developmental tasks in adolescence. *Journal of Adolescence*, 29, 627-640.

- Tata, P., Fox, J. & Cooper, J. (2001). An investigation into the influence of gender and parenting styles on excessive exercise and disordered eating. *European Eating Disorders Review*, 9, 194-206.
- Taylor, S. E., Way, B. M., Welch, W. T., Hilmert, C. J., Lehman, B. J., & Eisenberger, N. I. (2006). Early family environment, current adversity, the serotonin transporter polymorphism, and depressive symptomatology. *Biological Psychiatry*, 60, 671-676.
- The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN questionnaires: quality of life questionnaires for children and adolescents*. Germany, Pabst Science Publishers.
- Tiggemann, M., Verri, A., & Scaravaggi, S. (2005). Body dissatisfaction, disordered eating, fashion magazines, and clothes: A cross-cultural comparison between Australian and Italian young women. *International Journal of Psychology*, 40, 293-302.
- Titus-Ernstoff, L., Dalton, M., Adachi-Mejia, A., Longacre, M. & Beach, M. (2008). Longitudinal study of viewing smoking in movies and initiation of smoking by children. *Pediatrics*, 121(1), 15-21.
- Tolman, D. L., Kim, J. L., Schooler, D. & Sorsoli, C. L. (2007). Rethinking the associations between television viewing and adolescent sexuality development: bringing gender into focus. *Journal of Adolescent Health*, 40(1), 84.e9-84.e16.
- Tomé, G., Matos, M. & Diniz, A. (2008). Consumo de substâncias e isolamento social durante a adolescência, in M. Matos (eds.) *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um estilo?* Lisboa: IDT, pp. 95-126.
- Toro, J. (2004). *Riesgo Y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J., Gilla, A., Castro, J., Pombo, C. & Guete, O. (2005). Body image, risk factors for eating disorders and sociocultural influences in Spanish adolescents. *Eating and Weight Disorders*, 10, 91-97.
- Toro, J., Gómez-Peresmitré, G., Sentís, J., Vallés, A., Casulà, V., Castro, J., Pineda, G., Leon, R., Platas, S. & Rodriguez, R. (2006). Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 556-565.

- Torsheim, T., Currie, C., Boyce, W., Kalnins, I., Overpeck, M., & Haugland, S. (2004). Material deprivation and self-rated health: A multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science & Medicine*, 59(1), 1-12.
- Trallero, J. (2010). *El Adolescente en su Mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Traverso-Yepe, M. & Pinheiro, V. (2005). Socialização de gênero e adolescência. *Revista Estudos Feministas*, 13(1), 147-162.
- UNICEF (2003). *Informe Annual*. Consultado em 12 de outubro de 2009 na World Wide Web: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_ar03_sp.pdf
- Valkenberg, P. & Peter, J. (2007). Online communication and adolescents' well-being: testing stimulation versus the displacement hypothesis. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 12(4). Consultado em 10 de dezembro de 2010 na World Wide Web: <http://jcmc.indiana.edu/vol12/issue4/valkenburg.html>.
- Valkenberg, P. & Peter, J. (2009). Social consequences of the Internet for adolescents: a decade of research. *Current Directions in Psychological Science*, 18(1), 1–5.
- Van Cauter, E., Holmback, U., Knutson, K., Leproult, R., Miller, A., Nedeltcheva, A., Pannain, S., Penev, P., Tasali, E. & Spiegel, K. (2007). Impact of sleep and sleep loss on neuroendocrine and metabolic function. *Hormone Research*, 67(suppl 1), 2–9.
- Van den Berg, P., Wertheim, E. H., Thompson, J. K. & Paxton, S. J. (2002). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescents females: a replication using covariance structure modeling in an Australian sample. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 46-51.
- Vaquera, E., & Kao, G. (2008). Do you like me as much as I like you? Friendships reciprocity and its effects on school outcomes among adolescents. *Social Science Research*, 37, 55-72.
- Vázquez, C. & Hervás, G. (2008). Salud positiva: Del sintoma al bienestar. In Vázquez, C. & Hervás, G. (Eds). *Psicología Positiva Aplicada*. Editorial Desclée de Brouwer: Bilbao, pp. 17-40.

- Veenhoven, R. (2005). Is Life Getting Better? How long and happy people live in modern society. *European Psychologist*, 10, 330-343.
- von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., Ravens-Sieberer, U. & the European Kidscreen group, (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal of Epidemiol Community Health*, 60(2), 130-135.
- Warming, H. (2003). The quality of life from a child's perspective. *International Journal of Public Administration*, 26(7) 815-829.
- Watson, D. (2000). *Mood and temperament*. New York: Guilford.
- Weitoft, G.R., Hjern, A., Haglund, B., & Rosen, M. (2003). Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet*, 361(9354), 289-295.
- Werch, C. E., Bian, H., Moore, M. J., Ames, S., DiClemente, C. C., & Weiler, R. M. (2007). Brief multiple behaviour interventions in a college student health care clinic. *Journal of Adolescent Health*, 41, 577-585.
- White, J. (2007). *What schools are for and the reasons why?* Impact Paper, Philosophy of Education Society of Great Britain.
- Whiteman, S. D. & Christiansen, A. (2008). Processes of sibling influence in adolescence: individual and family correlates. *Family Relations*, 57, 24-34.
- WHO (2001). *The World Health Report*. Geneve.
- WHO (2005). *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen: WHO: Regional Office for Europe. Consultado em 12 de dezembro de 2010 na World Wide Web: <http://www.euro.who.int/Document/RC55/edoc06.pdf>.
- Wiecha, J., Peterson, K., Ludwig, D., Kim, J., Sobol, A. & Gortmaker, S. (2006). When children eat what they watch: impact of television viewing on dietary intake in youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(4), 436-442.
- Williams, P., Holmbeck, G. & Greenley, R. (2002). Adolescent health psychology. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 70(3,) 828-842.
- Wilson, T.D. & Gilbert, D. T. (2005). Affective forecasting: knowing what to want. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 131-34, 2005.

- Wolfe, D. A., Jaffe, P. G. & Crooks, C. V. (2006). *Adolescent risk behaviors*. New Haven: Yale University Press.
- Woods, S., Done, J., & Kalsi, H. (2009). Peer victimisation and internalising difficulties: The moderating role of friendship quality. *Journal of Adolescence*, 32, 293-308.
- World Federation for Mental Health (1962) Annual report. Consultado em 27 de julho de 2010 na World Wide Web: <http://www.wfmh.org/PDF/ReflectionsWFMHActivities48-62.pdf>.
- World Health Organization (1948). *Officials Records of the World Health Organization*, nº 2, p. 100. United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.
- World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO.
- World Health Organization (1986). *Young people's health - a challenge for society: report of a WHO study group on young people and "Health for all by the year 2000"*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2002a). *Mental health: evidence and research*. Geneve: World Health Organization.
- World Health Organization (2002b). *Prevention and promotion in mental health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2003). *The health of children and adolescents in WHO's European Region*. Vienna: WHO Regional Committee for Europe. Consultado em 27 de julho de 2008 na World Wide Web: <http://www.euro.who.int/document/rc53/edoc11.pdf>
- World Health Organization (2006). *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents*. Genebre: WHO.
- World Health Organization Quality Of Life Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*, 41, 1403-1409.

- World Health Organization Quality Of Life Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychology and Medicine*, 28, 551-558.
- Worth, K. A., Chambers, J. G., Naussau, D. H., Rakhra, B. K. & Sargent, J., D. (2008). Exposure of US adolescents to extremely violent movies. *Pediatrics*, 122(2), 306-312.
- Ybarra, M. & Mitchell, K. (2007). Prevalence and frequency of Internet harassment instigation: implications for adolescent health. *Journal of Adolescent Health*, 41(2), 189-195.
- Ybarra, M. L, Diener-West, M., Markow, D., Leaf, P. J., Hamburger, M. & Boxer, P. (2008). Linkages between Internet and other media violence with seriously violent behavior by youth. *Pediatrics*, 122(5), 929-937.
- Young, M. (2007). What are Schools For?. In Daniels, Lauder & Porter (Orgs.). *The Routledge Companion to Education*. Routledge: London.
- Zimmerman, F. & Bell, J. (2010). Associations of television content type and obesity in children. *American Journal of Public Health*, 100(2), 334–340.
- Zimmerman, F. (2008). *Children's Media Use and Sleep Problems: Issues and Unanswered Questions*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation. Consultado em 18 de fevereiro de 2011 na World Wide Web: www.kff.org/entmedia/upload/7674.pdf.
- Zimmermann, P. (2004). Attachment representations and characteristics of friendship relations during adolescence. *Journal of Experimental Child Psychology*, 88, 83-101.
- Zweig, J., Phillips, S. & Lindberg, L. (2002). Predicting adolescent profiles of risk: looking beyond demographics. *Journal of Adolescent Health*, 31(4), 343-353.

Capítulo 4 - Metodologia

Abordam-se de seguida aspetos metodológicos gerais, comuns aos estudos apresentados. Inicialmente procede-se a uma breve exposição do estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC). Posteriormente descreve-se o instrumento de pesquisa HBSC, adotado para a recolha nacional dos dados, e a metodologia preconizada no protocolo de aplicação do instrumento. O presente capítulo encerra com uma sintética alusão aos objetivos do projeto global, que justificaram a seleção das variáveis de investigação indicadas.

4.1. - O Estudo HBSC

O *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) é um estudo que colabora com a Organização Mundial de Saúde (WHO). Os primeiros passos deste estudo remontam aos anos de 1983/1984, com a participação de três países: Finlândia, Noruega e Inglaterra. Desde então, o estudo tem sido realizado de 4 em 4 anos por uma rede europeia de profissionais ligados à saúde e à educação (Aarø, Wold, Kannas, & Rimpelä, 1986). Volvidas sete fases de investigação, em 2005-2006, fizeram parte do estudo 44 países Europeus e não-Europeus. Portugal integrou o estudo em 1994 como membro convidado (Matos, Simões & Canha, 2000). Em 1997/1998, a equipa Aventura Social e Saúde / Faculdade de Motricidade Humana em parceria com o Centro da Malária e Doenças Tropicais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, levou a cabo o primeiro estudo nacional (Matos, Simões, Reis & Canha, 2000). O segundo estudo em Portugal ocorreu no ano de 2002 (Matos & Equipa Aventura Social, 2003), o terceiro em 2006 (Matos & Equipa Aventura Social, 2006) e o quarto em 2010.

O HBSC é um estudo de investigação e monitorização, com o objetivo de informar e dar suporte a políticas de promoção e educação para a saúde, nos programas e intervenções dirigidos a adolescentes, seja a nível nacional como internacional.

A finalidade original do estudo tem-se mantido ao longo dos anos, enquadrando-se numa abordagem dos estilos de vida dos adolescentes, de forma a aumentar a compreensão dos comportamentos de saúde / bem-estar dos adolescentes, na sua relação com os diversos contextos socializadores, numa perspetiva sócio-psicológica e ecológica, com abrangência macro-social. Deste modo é possível comparar os dados não só entre regiões do país como entre vários países (Roberts, Currie, Samdal, Currie, Smith & Maes, 2007).

Com o devir da história e a perspetiva dinâmica adoptada nos diversos estudos, foram sendo tidos em conta objetivos que possibilitassem uma recolha de dados mais apurada, abundante e rica, de modo a permitir uma melhor compreensão dos adolescentes. Como principais objetivos do estudo HBSC destacam-se (Matos et al., 2006):

- Iniciar e manter uma pesquisa nacional e internacional sobre os comportamentos de saúde e contextos sociais nos adolescentes em idade escolar;
- Contribuir para o desenvolvimento teórico, conceptual e metodológico em áreas de pesquisa dos comportamentos de saúde e do contexto social da saúde nos adolescentes;
- Recolher dados relevantes nos adolescentes de forma a monitorizar a saúde e os comportamentos de saúde nos adolescentes dos países membros;
- Contribuir para uma base de conhecimento dos comportamentos de saúde e do contexto social da saúde nos adolescentes;
- Identificar resultados para audiências relevantes, incluindo investigadores, políticos de saúde e de educação, técnicos de promoção da saúde, professores, pais e adolescentes;
- Fazer a ligação com os objetivos da WHO especialmente na monitorização dos objetivos principais do HEALTH XXI no que respeita aos comportamentos de saúde dos adolescentes.

O estudo HBSC dispõe de um protocolo de pesquisa, seguido pelas equipas de investigação de todos os países participantes, que inclui aspetos como a ordem das questões, as questões obrigatórias e facultativas, orientações de tradução, orientações sobre procedimentos de amostragem e recolha de dados. Este protocolo de pesquisa facilita a posterior análise transnacional dos dados (Currie, Samdal & Boyce, 2001).

Este estudo cumpre estritamente as regras de Helsínquia e foi aprovado por um comité de ética.

4.2. - O Instrumento de Pesquisa HBSC

O instrumento de investigação do HBSC é constituído por um questionário desenvolvido numa participação cooperativa entre os investigadores dos países participantes. A aplicação do questionário de quatro em quatro anos, para além de identificar e acompanhar a evolução dos padrões de comportamentos de saúde dos adolescentes na relação com os contextos, fornece estímulos à reflexão dos investigadores, posteriormente vertidos na melhoria do instrumento de pesquisa e do protocolo que o acompanha (Currie, Samdal & Boyce, 2001).

O protocolo de investigação, associado ao instrumento de pesquisa, fornece informações detalhadas e instruções abrangendo aspetos como o quadro conceptual do estudo, justificações científicas para cada uma das áreas temáticas do inquérito, versão internacional de questionários e instruções para o respetivo uso, orientações sobre metodologia de pesquisa, incluindo amostragem, recolha de dados, procedimentos e instruções para a preparação de bases de dados nacionais e exportação para o Banco Internacional de Dados, sediado na Universidade de Bergen, e regras relativas à utilização de dados HBSC e publicações internacionais (Roberts, et al., 2007).

Os dados recolhidos em cada país são integrados numa base de dados internacional, possibilitando comparações entre os resultados do questionário e o estudo de tendências de comportamentos que podem ser avaliados tanto a nível nacional como internacional.

O questionário utilizado para este estudo resulta de um projeto de pesquisa adotado pela WHO e tem como grande objetivo a aquisição de novos conhecimentos sobre os estilos de vida e comportamentos de saúde nos jovens (Currie, et al., 2001).

Como é referido por Matos e colaboradores (2003), os países incluíram no questionário de autopreenchimento todos os itens obrigatórios, que abrangem aspetos de saúde a nível demográfico, comportamental e psicossocial. Todas as questões seguiram o formato indicado no protocolo (Currie, et al., 2001).

O estudo seguiu todas as normas para pesquisa com seres humanos, neste caso particular, com menores: aprovado por uma comissão de ética (Hospital São João - Porto), pela Comissão Nacional de Proteção de Dados, pelo Ministério da Educação, pelas Direções Regionais de Educação, pelas escolas participantes e mediante o consentimento informado dos pais, requerido através da comissão de pais de cada escola.

O questionário de tipo autopreenchimento é constituído por quatro módulos: questões obrigatórias, questões específicas, questões de monitorização e questões de comportamento sexual, atitudes e conhecimentos face ao VIH/SIDA.

Dos itens do questionário HBSC, foram utilizadas as questões consideradas mais adequadas aos objetivos específicos formulados para cada artigo, em conjugação com os objetivos gerais pensados para este projeto.

4.3 - Metodologia Utilizada

A metodologia utilizada em todos os anos em que foram realizados os estudos esteve de acordo com o protocolo internacional de Currie e colaboradores (2001).

As escolas participantes foram selecionadas de forma aleatória e estratificada por região de Portugal continental. Os conselhos diretivos de cada escola foram contactados telefonicamente de forma a confirmarem a sua disponibilidade.

A recolha dos dados foi feita através de um questionário enviado para as escolas participantes, por correio. A acompanhar os questionários foram enviadas: uma carta dirigida ao Presidente do Conselho Executivo, apresentando o estudo, uma cópia da autorização da Direcção Regional de Educação correspondente, uma carta com os procedimentos de aplicação do questionário destinada ao professor da turma selecionada e ainda um questionário a ser preenchido pelo professor que acompanhou o processo de recolha de dados na turma.

Os questionários foram aplicados à turma na sala de aula. Os grupos escolhidos para aplicação do questionário frequentavam o 6.º, 8.º e 10.º ano de escolaridade, de forma a enquadrar um máximo de jovens com 11, 13 e 15 anos de idade.

Após a aplicação dos questionários solicitou-se à escola que procedesse ao respetivo reenvio pelo correio.

4.4 - Objetivos do Projeto Global e Variáveis da Investigação

Os recursos pessoais de saúde / bem-estar são entendidos como o resultado da interação de fatores biológicos, sociais e psicológicos com os contextos socializadores. O estilo de vida resultante desta conjugação reflete-se num padrão de comportamentos, hábitos, atitudes e valores relativamente estáveis.

Assim sendo, o grande objetivo deste projeto é identificar variáveis dos contextos socializadores que favorecem e promovem os recursos pessoais dos adolescentes. Ao

mesmo tempo é do interesse do projeto perceber se todas as variáveis têm o mesmo relevo na saúde / bem-estar do adolescente ou se há variáveis e contextos cuja qualidade pode ser mais determinante no desenvolvimento saudável e positivo do adolescente. É ainda foco deste projeto o género e a idade dos adolescentes.

Deste modo, muito para além da monitorização, este projeto global permite aumentar a compreensão dos fatores e dos processos associados ao desenvolvimento positivo dos adolescentes, nomeadamente na sua saúde/bem-estar.

Na prossecução dos objetivos gerais do projeto, foram estabelecidos objetivos específicos, formulados para cada estudo levado a cabo. A quase totalidade destes estudos já foi submetido a revistas internacionais e nacionais.

Os itens do questionário HBSC considerados mais adequados para se ir de encontro aos objetivos específicos de cada estudo e aos objetivos gerais do projeto encontram-se expostos nas tabelas que seguem:

Tabela 3 - Variáveis de Investigação HBSC Relativas a Saúde / Bem-Estar (Kidscreen 10: Gaspar & Matos, 2008)

Definição da Variável	Valores que assume
Pensa na última semana... Tens-te sentido bem e em forma	1 – Nada; 2 – Pouco; 3 – Moderadamente; 4 – Muito; 5 – Totalmente
Pensa na última semana... Sentiste-te cheio(a) de energia?	1 – Nada; 2 – Pouco; 3 – Moderadamente; 4 – Muito; 5 – Totalmente
Pensa na última semana... Sentiste-te sozinho(a)?	1 – Nada; 2 – Pouco; 3 – Moderadamente; 4 – Muito; 5 – Totalmente
Pensa na última semana... Tiveste tempo suficiente para ti próprio(a)?	1 – Nada; 2 – Pouco; 3 – Moderadamente; 4 – Muito; 5 – Totalmente
Foste capaz de fazer atividades que gostas de fazer no teu tempo livre?	1 – Nada; 2 – Pouco; 3 – Moderadamente; 4 – Muito; 5 – Totalmente
Pensa na última semana... Os teus pais trataram-te com justiça?	1 – Nada; 2 – Pouco; 3 – Moderadamente; 4 – Muito; 5 – Totalmente
Pensa na última semana... Divertiste-te com os teus amigos(as)?	1 – Nada; 2 – Pouco; 3 – Moderadamente; 4 – Muito; 5 – Totalmente
Pensa na última semana... Foste bom aluno(a) na escola?	1 – Nada; 2 – Pouco; 3 – Moderadamente; 4 – Muito; 5 – Totalmente
Sentiste-te capaz de prestar atenção?	1 – Nada; 2 – Pouco; 3 – Moderadamente; 4 – Muito; 5 – Totalmente

Satisfação com a Vida	0 – Pior vida possível - 9 degraus intermédios - 10 – Melhor vida possível
-----------------------	--

Tabela 4 – Variáveis de Investigação HBSC Relativas a Fatores Moderadores Demográficos

Definição da Variável	Valores que assume
Género	1 – Masculino; 2 – Feminino
Ano de Escolaridade	1 – 6º Ano; 2 – 8º Ano; 3 – 10º Ano
Idade	1 – 11 anos; 2 – 13 anos; 3 – 15 anos; 4 – 16 anos ou mais

Tabela 5 – Variáveis de Investigação HBSC Relativas a Fatores Moderadores Demográficos / FAS (Boice, Torsheim, Currie & Zambon, 2006)

Definição da Variável	Valores que assume
Quantos computadores em casa	1 – Nenhum; 2 – Um; 3 – Dois; 4 – Mais de dois
Posse de carro, carrinha ou outro meio de transporte	1 – Não; 2 – Sim, um; 3 – Sim, dois ou mais
Ter quarto de dormir só para si	1 – Não; 2 – Sim
Nos últimos 12 meses, quantas viagens de férias com a família?	1 – Nenhuma; 2 – Uma vez ; 3 – Duas vezes; 4 – mais de duas vezes
O pai tem emprego	1 – Sim; 2 – Não; 3 – Não sei; 4 – Não tenho/não vejo o meu pai
A mãe tem emprego	1 – Sim; 2 – Não; 3 – Não sei 4 – Não tenho/não vejo a mãe
Nível de instrução do pai	1 – Nunca estudou; 2 – 1º ciclo (até ao 4º ano); 3 – 2º/3º ciclos (até ao 9º ano); 4 – Secundário (até ao 12º ano); 5 – Curso Superior
Nível de instrução da mãe	1 – Nunca estudou; 2 – 1º ciclo (até ao 4º ano); 3 – 2º/3º ciclos (até ao 9º ano); 4 – Secundário (até ao 12º ano); 5 – Curso Superior

Tabela 6 - Variáveis de Investigação HBSC Relativas a Contexto Pessoal: Relação Consigo Próprio

Definição da Variável	Valores que assume
Satisfação com o corpo	1 – Sim; 2 – Não

O corpo é ou está	1 – Muito magro; 2 – Um pouco magro; 3 – Ideal; 4 – Um pouco gordo; 5 – Muito gordo
Aspetto	1 – Muito bom aspeto; 2 – Bom aspeto; 3 – Aspetto normal; 4 – Não bom aspeto; 5 – Mau aspeto; 6 – Não pensa no aspeto

Tabela 7 - Variáveis de Investigação HBSC Relativas a Contexto Familiar: Relação com a família

Definição da Variável	Valores que assume
À vontade para falar com o pai	1 – Muito fácil; 2 – Fácil; 3 – Difícil; 4 – Muito difícil; 5 – Não tenho ou não vejo essa pessoa
À vontade para falar com a mãe	1 – Muito fácil; 2 – Fácil; 3 – Difícil; 4 – Muito difícil; 5 – Não tenho ou não vejo essa pessoa
Monitorização do pai	1 – Sabe muito; 2 – Sabe um pouco; 3 – Não sabe nada; 4 – não tenho ou não vejo essa pessoa
Monitorização da mãe	1 – Sabe muito; 2 – Sabe um pouco; 3 – Não sabe nada; 4 – não tenho ou não vejo essa pessoa

Tabela 8 – Variáveis de Investigação HBSC Relativas a Contexto Pares: Relação com os Pares

Definição da Variável	Valores que assume
Os alunos da turma gostam de estar juntos	1 – É sempre verdade; 2 – A maior parte das vezes é verdade; 3 – Não é verdade, nem falso; 4 – A maior parte das vezes é falso; 5 – É sempre falso
A maior parte dos colegas de turma são simpáticos e prestáveis	1 – É sempre verdade; 2 – A maior parte das vezes é verdade; 3 – Não é verdade, nem falso; 4 – A maior parte das vezes é falso; 5 – É sempre falso
Os colegas de turma aceitam-me como sou	1 – É sempre verdade; 2 – A maior parte das vezes é verdade; 3 – Não é verdade, nem falso; 4 – A maior parte das vezes é falso; 5 – É sempre falso
Ter um ou vários amigos especiais	1 – Sim; 2 – Não
amigo especial: sabe ver quando eu estou preocupado com alguma coisa	1 – É sempre falso; 2 – A maior parte das vezes é falso; 3 – Às vezes é verdade, outras é falso; 4 – A maior parte das vezes é verdade; 5 – É sempre verdade
amigo especial: encoraja-me a falar sobre as minhas dificuldades	1 – É sempre falso; 2 – A maior parte das vezes é falso; 3 – Às vezes é verdade, outras é falso; 4 – A maior parte das vezes é verdade; 5 – É sempre verdade

amigo especial: ouve o que eu tenho para dizer	1 – É sempre falso; 2 – A maior parte das vezes é falso; 3 – Às vezes é verdade, outras é falso; 4 – A maior parte das vezes é verdade; 5 – É sempre verdade
amigo especial: sinto que o meu amigo é um bom amigo	1 – É sempre falso; 2 – A maior parte das vezes é falso; 3 – Às vezes é verdade, outras é falso; 4 – A maior parte das vezes é verdade; 5 – É sempre verdade
amigo especial: quando estou zangado com alguma coisa o meu amigo tenta ser compreensivo	1 – É sempre falso; 2 – A maior parte das vezes é falso; 3 – Às vezes é verdade, outras é falso; 4 – A maior parte das vezes é verdade; 5 – É sempre verdade
amigo especial: preocupa-se com o que eu sinto	1 – É sempre falso; 2 – A maior parte das vezes é falso; 3 – Às vezes é verdade, outras é falso; 4 – A maior parte das vezes é verdade; 5 – É sempre verdade
amigo especial: posso contar com o meu amigo quando quero desabafar	1 – É sempre falso; 2 – A maior parte das vezes é falso; 3 – Às vezes é verdade, outras é falso; 4 – A maior parte das vezes é verdade; 5 – É sempre verdade
amigo especial: respeita os meus sentimentos	1 – É sempre falso; 2 – A maior parte das vezes é falso; 3 – Às vezes é verdade, outras é falso; 4 – A maior parte das vezes é verdade; 5 – É sempre verdade
amigo especial: posso contar ao meu amigo os meus problemas	1 – É sempre falso; 2 – A maior parte das vezes é falso; 3 – Às vezes é verdade, outras é falso; 4 – A maior parte das vezes é verdade; 5 – É sempre verdade
amigo especial: se o meu amigo souber que algo me chateia fala sobre isso comigo	1 – É sempre falso; 2 – A maior parte das vezes é falso; 3 – Às vezes é verdade, outras é falso; 4 – A maior parte das vezes é verdade; 5 – É sempre verdade
com que à vontade te sentes para falar com melhor amigo	1 – Muito fácil; 2 – Fácil; 3 – Difícil; 4 – Muito difícil; 5 – Não tenho ou não vejo essa pessoa
com que à vontade te sentes para falar com amigo do mesmo sexo	1 – Muito fácil; 2 – Fácil; 3 – Difícil; 4 – Muito difícil; 5 – Não tenho ou não vejo essa pessoa
com que à vontade te sentes para falar com amigo sexo oposto	1 – Muito fácil; 2 – Fácil; 3 – Difícil; 4 – Muito difícil; 5 – Não tenho ou não vejo essa pessoa

Tabela 9 - Variáveis de Investigação HBSC Relativas a Contexto Escolar: Relação com a Escola

Definição da Variável	Valores que assume
Capacidade escolar	1 – Muito boa; 2 – Boa; 3 – Média; 4 – Inferior à média
Sentimento pela escola	1 – Gosto muito; 2 – Gosto mais ou menos; 3 – Não gosto muito; 4 – Não gosto nada
Sentes pressão com os trabalhos da escola	1 – Nenhuma; 2 – Pouca; 3 – Alguma; 4 – Muita
apoio dos professores: encorajam a expressar pontos de vista na aula	1 – Acontece muitas vezes; 2 – Não sei se acontece; 3 – Acontece poucas vezes
apoio dos professores: tratam-nos com justiça	1 – Acontece muitas vezes; 2 – Não sei se acontece; 3 – Acontece poucas vezes

apoio dos professores: quando preciso de ajuda posso tê-la	1 – Acontece muitas vezes; 2 – Não sei se acontece; 3 – Acontece poucas vezes
apoio dos professores: interessam-se por mim como pessoa	1 – Acontece muitas vezes; 2 – Não sei se acontece; 3 – Acontece poucas vezes

Tabela 10 – Variáveis de Investigação HBSC Relativas a Contexto *Media*: Relação com os *Media* - Screen Time

Definição da Variável	Valores que assume
Durante o teu tempo livre quantas horas por dia costumavas ver televisão - semana	1 – Nenhuma; 2 – Cerca de meia hora por dia; 3 – Cerca de 1 hora por dia; 4 – Cerca de 2 horas por dia; 5 – Cerca de 3 horas por dia; 6 – Cerca de 4 horas por dia; 7 – Cerca de 5 horas por dia; 8 – Cerca de 6 horas por dia; 9 – Cerca de 7 ou mais horas por dia
Durante o teu tempo livre quantas horas por dia costumavas ver televisão - fim de semana	1 – Nenhuma; 2 – Cerca de meia hora por dia; 3 – Cerca de 1 hora por dia; 4 – Cerca de 2 horas por dia; 5 – Cerca de 3 horas por dia; 6 – Cerca de 4 horas por dia; 7 – Cerca de 5 horas por dia; 8 – Cerca de 6 horas por dia; 9 – Cerca de 7 ou mais horas por dia
Durante o teu tempo livre quantas horas por dia jogas computador - semana	1 – Nenhuma; 2 – Cerca de meia hora por dia; 3 – Cerca de 1 hora por dia; 4 – Cerca de 2 horas por dia; 5 – Cerca de 3 horas por dia; 6 – Cerca de 4 horas por dia; 7 – Cerca de 5 horas por dia; 8 – Cerca de 6 horas por dia; 9 – Cerca de 7 ou mais horas por dia
Durante o teu tempo livre quantas horas por dia jogas computador - fim de semana	1 – Nenhuma; 2 – Cerca de meia hora por dia; 3 – Cerca de 1 hora por dia; 4 – Cerca de 2 horas por dia; 5 – Cerca de 3 horas por dia; 6 – Cerca de 4 horas por dia; 7 – Cerca de 5 horas por dia; 8 – Cerca de 6 horas por dia; 9 – Cerca de 7 ou mais horas por dia
durante o teu tempo livre quantas horas por dia usas o computador - semana	1 – Nenhuma; 2 – Cerca de meia hora por dia; 3 – Cerca de 1 hora por dia; 4 – Cerca de 2 horas por dia; 5 – Cerca de 3 horas por dia; 6 – Cerca de 4 horas por dia; 7 – Cerca de 5 horas por dia; 8 – Cerca de 6 horas por dia; 9 – Cerca de 7 ou mais horas por dia
durante o teu tempo livre quantas horas por dia usas o computador - fim de semana	1 – Nenhuma; 2 – Cerca de meia hora por dia; 3 – Cerca de 1 hora por dia; 4 – Cerca de 2 horas por dia; 5 – Cerca de 3 horas por dia; 6 – Cerca de 4 horas por dia; 7 – Cerca de 5 horas por dia; 8 – Cerca de 6 horas por dia; 9 – Cerca de 7 ou mais horas por dia

Referências Bibliográficas

- Aarø, L., Wold, B., Kannas, L. & Rimpelä, M. (1986). Health behaviour in schoolchildren. AWHO cross-national survey. *Health Promotion*, 1, 17-33.
- Aventura Social. (2008). O projeto aventura social. Consultado em 1 de setembro de 2009 na World Wide Web: <http://www.aventurasocial.com/main.php>.
- Boice, W., Torsheim, T., Currie, C. & Zambon, A. (2006). The family Affluence Scale as a Measure of National Wealth: Validation of an adolescent self – report measure. *Social Indicators Research*, 78, 473-487.
- Currie, C., Samdal, O. & Boyce, W. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- Gaspar, T. & Matos, M. (2008). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes. Versão Portuguesa dos Instrumentos Kidscreen 52*. Aventura Social e Saúde.
- Matos, M., Simões, C. & Canha, L. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. Cruz-quebrada: FMH/PPES.
- Matos, M., Simões, C., Reis, C. & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS 1998*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana/ Programa de Educação para Todos.
- Matos, M. & Equipa Aventura Social. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. & Equipa do Aventura Social (2006). A saúde dos adolescentes portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do estudo HBSC 2006. Consultado em 1 de setembro de 2009 na World Wide Web: www.fmh.utl.pt/aventurasocial.com.
- Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R. & Maes, L. (2007). Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal of Public Health*, 15(3), 179-186.

Capítulo 5 – Estudos

Estudo 1 – Processo Adolescente e Saúde Positiva: Âmbitos Afetivo e Cognitivo¹

Resumo

Os adolescentes portugueses percebem-se prevalentemente como saudáveis. Questiona-se se nesta percepção tem mais relevo a componente afetivoemocional ou a componente cognitiva da saúde positiva. Este estudo fixou-se nas medidas sobre a autopercepção da qualidade de vida relacionada com a saúde, sobre a satisfação com a vida e sobre a felicidade, enquanto variáveis de cariz afetivoemocional e de índole cognitiva. Procurou-se perceber a influência do género, da idade, do nível socioeconómico e do nível de instrução da família nos índices da saúde positiva dos adolescentes portugueses. Utilizaram-se dados da amostra portuguesa do estudo *Health Behaviour in School-Aged Children 2006* constituída por 4877 adolescentes, com uma média de idade de 14 anos, 49,6% do género masculino e 50,4% do género feminino. Após análise estatística descritiva, procedeu-se à comparação de médias entre grupos e à regressão linear para delinear os fatores preditores de cada variável. Em todos os âmbitos do estudo observa-se uma maior relevância da dimensão afetivoemocional na percepção do índice de saúde positiva dos adolescentes portugueses.

Palavras-chave: Saúde Positiva; Adolescência; Dimensão Cognitiva; Dimensão Afetiva

¹ Borges, A., Matos, M. & Diniz, J. (2011). Processo Adolescente e Saúde Positiva: Âmbitos Afetivo e Cognitivo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (2), 281-291.

Abstract

Portuguese adolescents perceive themselves prevailingly as healthy. It is questioned if in this perception the affective-emotional component or the cognitive component of the positive health has more relief. This study it was fixed in the measures on the auto-perception of the quality of life related with the health, on the satisfaction with the life and the happiness, while affective-emotional and cognitive nature. It was looked to perceive the influence of gender, age, socio-economic and family instruction level on the index of positive health of the Portuguese adolescents. Data of the Portuguese sample “Health Behaviour in School-Aged Children” 2006 were used. The sample is made up by 4877 adolescents, with an average age of 14, 49,6% male and 50,4% female. After analyzing the descriptive statistics they proceeded to the comparison of averages between groups and to the linear regression to being informed of the predictor factors of each variable. In all the scopes of the study the affective-emotional dimension obtained particular distinctness in the perception of the index of positive health by the adolescent Portuguese.

Key words: Positive Health; Adolescence; Cognitive Dimension; Affective Dimension

Revisão de Literatura

A pesquisa e o estudo da saúde positiva têm registado consideráveis avanços nos últimos anos, o que é de singular relevância no que à adolescência diz respeito, uma vez que a adoção de uma vida saudável nestas idades constitui prenúncio de estilos de vida com qualidade na maioridade (Bisegger, et al, 2005; Rajmil, et al, 2006).

Não obstante a complexidade dos construtos “felicidade” (FEL), “satisfação com a vida” (SV), e “qualidade de vida relacionada com a saúde” (QVRS), que persistem em não se deixar delimitar de forma acabada, parece claro, e comumente aceite, que estes conceitos possuem duas grandes componentes: uma de cariz objetivo, que inclui as condições materiais, o nível de vida socioeconómico, os serviços de saúde disponíveis, as redes sociais de apoio, etc.; outra de vertente subjetiva, que envolve as definições baseadas no bem-estar, sendo os seus marcadores a SV, a FEL e a QVRS (Schwartzmann, 2003).

A vertente subjetiva da saúde positiva, onde predominam os estudos com base na autoperceção, percebe um acordo generalizado que distingue duas áreas: o âmbito cognitivo, que designa os aspetos intelectuais, racionais e de “leitura” da realidade (mais estável); o âmbito afetivo, referido a sentimentos e emoções mais sujeitas à efemeridade e à mudança (Frey & Stutzer, 2004; Lyubomirsky, 2008). A resposta cognitiva e a reação emocional estão sempre entretecidas na perceção da saúde positiva, sendo difícil avaliá-las separadamente e inteirar-se de todas as nuances da sua relação (Arita, Romano, Garcia & Félix, 2005; Espinosa, 2004; Schwartzmann, 2003).

O conceito SV tem sido definido como uma componente de características prevalentemente cognitivas do bem-estar subjetivo e da QVRS, tendo a ver com a avaliação e valorização que o indivíduo faz da sua vida em geral, ou de aspetos particulares da mesma: família, escola, resultados académicos, autonomia, amigos, tempo livre, entre outros (Lyubomirsky, 2008). Os adolescentes avaliam o estado atual dos domínios mais próximos e imediatos à sua vida pessoal com as expectativas de

futuro que alimentam para si próprios (por influência familiar, por convicção pessoal, por influência cultural ou dos pares); a satisfação tem a ver com a discrepância percebida entre as suas aspirações e aquilo que conseguem (Arita et al., 2005; Espinosa, 2004).

O conceito FEL tem sido proposto como um estado psicológico de âmbito afetivo, relacionado com a frequência e a intensidade de emoções positivas e negativas, num amplo espectro de vivências. Tanto em países muito ricos como muito pobres encontram-se pessoas felizes e há pessoas felizes independentemente do seu nível de instrução, dos recursos económicos e de outras circunstâncias como doenças crónicas (Lyubomirsky, 2008). O carácter predominantemente afetivo e emocional, atribuído a FEL, envolve o âmbito cognitivo na avaliação que o indivíduo faz da sua vida (Cuadra & Florenzano, 2003).

A QVRS tem a ver com os níveis de bem-estar físico, psicológico e social percebidos pelo indivíduo. Estes níveis estão diretamente relacionados com o desenvolvimento de competências de vida. Estas deveriam ocorrer com o alargamento dos horizontes entre o nascimento e a idade adulta. Entendida como resultado da saúde geral abarca os âmbitos afetivoemocional e cognitivo. (Bisegger, et al, 2004; Rajmil, et al, 2006).

A saúde positiva, espelhada na perceção da QVRS, na FEL e na SV é um processo dinâmico e mutável que inclui interações contínuas entre a pessoa e o seu meio ambiente, entre as necessidades e os ideais, entre os fatores endógenos e os fatores exógenos, entre as crenças e os valores, entre as circunstâncias e as conjunturas históricas, entre as comparações sociais e a cultura dominante, entre as expectativas e a busca de sentido, entre a idade e as limitações pessoais, etc. (Lyubomirsky, 2008; Schwartzmann, 2003). Há numerosas evidências de que ocorrem ajustes internos que preservam a satisfação que a pessoa sente com a vida, pelo que podemos encontrar pessoas de idades diferentes, em contextos familiares e sociais distintos, mesmo com graus importantes de limitação física que consideram a sua qualidade de vida elevada (Ceballos, 2009; Lyubomirsky, 2008). A marca holística parece percorrer as variáveis

que se interessam por traduzir as múltiplas vertentes da saúde positiva. Quando o indivíduo se refere à felicidade, à saúde, à qualidade de vida relacionada com a saúde, à satisfação com a vida, normalmente, engloba toda a sua vida (passado, presente e expectativas de futuro), a não ser que seja questionado sobre os diferentes âmbitos da sua existência. Mesmo nestes casos referir-se-á a esses aspetos de forma global (Lyubomirsky, 2008).

A adolescência é o período do desenvolvimento humano em que se estabelecem, de forma mais definida, a identidade, os padrões de comportamento e o estilo de vida (Minto, Pedro, Netto, Bugliani & Gorayeb, 2006). A mudança marca esta fase etária e repercute-se nas percepções dos adolescentes não só em relação aos contextos socializadores (família, escola, grupo, comunidade) como, sobretudo em relação a si próprios: surgem dúvidas e questões, necessidades de autoafirmação e de anseio pelo novo, desejos de usufruir a liberdade dos adultos, vontade de conquistar autonomia pessoal, interesse em (re)definir o próprio espaço na família (pode incluir afastar-se da família), dedicação ao estreitamento dos laços com os pares, afirmação do seu mundo interior e da sua leitura pessoal do mundo exterior. As autodescrições começam a incluir aspetos como emoções, desejos, motivações, expectativas, atitudes, crenças, ideias e ideais sobre como desejariam ser e sobre como não querem ser (Balaguer & Castillo, 2002; Ceballos, 2009). Estes aspetos, por vezes, redundam em maior vulnerabilidade e envolvimento em situações/comportamentos de risco (Ceballos, 2009). O modo como o adolescente lida com os desafios específicos da sua idade pode tornar-se determinante no seu desenvolvimento e na sua perceção de bem-estar (Berjano, Foguet & González, 2008; Bisegger et al., 2005; Matos & Batista-Foguet, 2007).

Numa publicação recente, Ceballos (2009), fazendo alusão a outros estudos, aponta algumas diferenças entre géneros na adolescência: (1) o ritmo de desenvolvimento é diferente, sendo que elas manifestam, habitualmente, um avanço de dois anos no processo de maturidade global; (2) eles desenvolvem a sua identidade mais por metas pessoais do que por metas sociais, enquanto elas antepõem o social ao pessoal; (3) eles expressam o conflito em termos de comportamento devido às limitações impostas,

enquanto para elas o conflito reflete questões de identidade (o sentimento acerca de si mesmas); (4) elas possuem um melhor perfil para o estudo do que eles (mais dotadas nas competências verbais, na constância e na persistência); (5) elas são mais fortes na emotividade e na capacidade de reflexão enquanto eles são mais ativos e primários. Alguns autores sugerem que, na maioria dos casos, as situações e os comportamentos se vincam com a idade, com uma tendência para comportamentos de internalização no género feminino e de exteriorização no género masculino (Matos, & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2003; Matos, Carvalhosa, Simões, Branco, Urbano, & Equipa do Aventura Social e Saúde, 2004; Matos, Simões, Tomé, Gaspar, Camacho, Diniz, & Equipa do Projeto Aventura Social, 2007).

A grande maioria dos estudos mostra que os níveis de QVRS e bem-estar observados nas idades mais jovens são mais elevados do que os observados nas idades mais avançadas dos adolescentes (Berjano et al., 2008; Bisegger et al., 2005; Matos, Gonçalves & Gaspar, 2005; Matos et al., 2007; Ravens-Sieberer, Gosch, Abel, Auquier, Bellach, Bruil, Dür, Power & Rajmil, 2001). Do mesmo modo, os estudos tendem a indicar valores mais elevados em adolescentes do género masculino do que em adolescentes do género feminino, embora esta diferença não seja tão clara nas idades mais jovens dos adolescentes (Arita et al., 2005; Berjano et al., 2008; Matos et al., 2007).

Os estudos, no geral, relacionam o nível da classe social com a autoperceção da saúde positiva nas crianças e adolescentes. Um estatuto familiar socioeconómico baixo tende a estar associado, mais facilmente, a adolescentes com comportamentos de risco, com sintomas deprimentes, com menores oportunidades de acesso a recursos materiais e a apoio social, com adversidades cumulativas (Power, 2002; Rueden et al., 2006). Um estatuto socioeconómico mais elevado encontra eco na melhor perceção do estado de saúde, em resultados cognitivos e afetivo-emocionais mais significativos, na maior satisfação com a vida, numa mais forte consciência de poder recuperar (resiliência), na diminuição dos riscos e experiências negativas, na autoperceção de qualidade de vida mais alta (Drukker, Kaplan, Feron & Van Os, 2003; Najman, Aird, Bor, O'Callaghan,

Williams & Shuttlewood, 2004; Starfield, Riley, Witt & Robertson, 2002; Torsheim, Currie, Boyce, Kalnins, Overpeck, & Haugland, 2004).

Considerando a base teórica e empírica da revisão de literatura pretende-se perceber a importância da idade e do género dos adolescentes e do estatuto socioeconómico e sociocultural das respetivas famílias nas diferentes variáveis da saúde positiva: auto percepção da QVRS, SV e FEL nas suas vertentes afetivoemocional e cognitiva. Algumas questões nortearam a pesquisa: (1) em que idade e género se percebe uma mais elevada saúde positiva?; (2) como evolui a auto percepção da saúde positiva conjugando a idade e o género?; (3) qual a influência do estatuto socioeconómico na auto percepção da saúde positiva?; (4) quais os fatores preditores mais relevantes na saúde positiva?; (5) Que dimensão – cognitivo ou afetivoemocional – terá maior peso na percepção de saúde positiva por parte dos adolescentes?; (6) que variáveis merecem maior atenção em iniciativas que visem incentivar o desenvolvimento da saúde positiva?

Método

Amostra

A amostra é constituída por 4877 indivíduos, um grupo representativo dos adolescentes a frequentar as escolas públicas em Portugal Continental (3,7% do total de estudantes do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário), 49,6% do género masculino e 50,4% do género feminino. Por anos de escolaridade, o 6º ano de escolaridade é frequentado por 31,7%, o 8º ano por 35,7% e o 10º ano por 32,6%. As idades dos participantes oscilam entre os 10 e os 18 anos, sendo a média de 14 anos e o desvio padrão 1.89.

Considerando as orientações da *Family Affluence Scale* (FAS), escala destina a indicar o nível socioeconómico dos participantes (Boyce, Torsheim, Currie, & Zambon, 2006), 11.2% da amostra corresponde ao grupo socioeconómico baixo, 49% ao grupo

socioeconómico médio e 39.7 ao grupo socioeconómico alto. O nível de instrução (nível académico) dos pais dos participantes no estudo distribui-se da seguinte forma: 1% nunca estudou, 22.2% tem o 1º ciclo do Ensino Básico, 36.7% possui o 2º/3º ciclo do Ensino Básico, 20.4% fez o curso secundário e 19.7 % concretizou pelo menos um curso superior.

Medidas

Na recolha de dados utilizou-se o questionário *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC 2006) que integra os itens relacionados com a autoperceção da QVRS (*Kidscreen 10*), com a SV (Cantril, 1965) e com a FEL.

A QVRS foi medida pelo *Kidscreen 10* sendo que os autores o propõem para avaliar uma característica unidimensional global de QVRS. As questões são colocadas num limite temporal “pensa na última semana” e o adolescente responde numa escala de *Likert* de cinco pontos entre “nada” e “totalmente” (Rajmil et al., 2006). No presente estudo, o recurso à análise fatorial confirmatória com rotação *varimax* aos itens da medida decifra dois fatores e não um como fora proposto pelos autores: o primeiro fator, explicando 27.78% da variância, inclui sete itens relacionados com a dimensão afetivoemocional (DAE); o segundo fator, que se denominou “dimensão cognitiva” (DC), agrupou três itens, tendo explicado 18.57% da variância. Os índices de consistência interna foram calculados através do coeficiente *alfa de Cronbach*: .77 para a totalidade das escala; a análise das correlações médias interitens mostrou o valor de .26; a correlação item-total apresentou valores que variaram de .13 a .58. Quanto às subescalas, foram obtidos valores de *alfa de Cronbach* de .77 para a subescala DAE e .54 para a subescala DC. A análise das correlações médias interitens mostrou valores que variaram de .32 para os itens da subescala DAE e .30 para os itens da subescala DC. A correlação item-total apresentaram valores que variaram de .23 a .58 para os itens da subescala DAE e de .18 a .52 para os itens da subescala DC.

A SV foi medida com a escala de Cantril (1965), que é representada graficamente como uma escada, onde o degrau “10” corresponde à “melhor vida possível” e o degrau “0” representa a pior vida possível. Aos indivíduos adolescentes foi solicitado que assinalassem o degrau que melhor descrevia o que sentiam naquele momento.

A medida FEL traduz-se numa escala de *Likert* de quatro pontos, cujos extremos opostos são “sinto-me infeliz” e “sinto-me muito feliz”. Os adolescentes foram convidados a indicar o grau de felicidade que sentiam em relação à vida naquele momento.

Procedimento

O presente trabalho é fundamentalmente um estudo descritivo e correlacional de carácter transversal, numa amostra representativa da população das escolas públicas em Portugal continental, no 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, sendo as turmas seleccionadas aleatoriamente. Depois de obtidas as devidas autorizações as escolas, seleccionadas aleatoriamente, aplicaram os questionários, remetendo-os posteriormente para análise (Matos et al., 2007). Os dados foram introduzidos numa base de dados e as análises estatísticas foram efetuadas pelo *Statistical Package for Social Sciences*, versão 17.0 para *windows*.

Verificada a distribuição normal dos resultados procurou-se perceber a associação entre os indicadores de saúde positiva através da análise de correlação de *Pearson*. As correlações obtidas mostram uma associação positiva entre todos os indicadores. Foram obtidas correlações positivas, estatisticamente significativas, entre QVRS (*Kidscreen* 10) e as demais variáveis: $r=.940$ com $p=.000$ para a subescala DAE; $r=.690$ com $p=.000$ para a subescala DC; $r=.528$ com $p=.000$ para SV; $r=.532$ com $p=.000$ para felicidade. A subescala DAE de QVRS obteve uma correlação positiva e estatisticamente significativa com FEL ($r=.529$; $p=.000$) e correlações positiva e estatisticamente significativas com as restantes variáveis ($r=.492$; $p=.000$ para SV; $r=.387$; $p=.000$ para DC). A subescala DC da QVRS regista uma correlação positiva e

estatisticamente significativa com a variável SV ($r=.370$; $p=.000$) e uma correlação positiva e estatisticamente significativa com FEL ($r=.283$; $p=.000$). Foi obtida uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre SV e FEL ($r=.493$; $p=.000$). Assim, os valores da correlação de *Pearson* mostram que as variáveis de saúde positiva em estudo se encontram interligados entre si embora medindo diferentes aspetos. As variáveis de âmbito afetivo e de âmbito cognitivo registam associações estatisticamente significativas entre si.

De entre os fatores demográficos, tomou-se em primeiro lugar o género, a idade e a escolaridade. Num segundo momento, abordaram-se as questões dos estatutos sociocultural e socioeconómico e a sua relação com a perceção de saúde positiva: aplicando os critérios de Boyce e colaboradores (2006) calculou-se o FAS para cada adolescente; para o nível de instrução familiar tomou-se como referência o grau académico mais elevado do casal. Num terceiro momento procedeu-se à análise de regressão linear múltipla, no sentido de perceber as variáveis predictoras de cada variável de saúde positiva em estudo.

Atendendo à revisão de literatura são esperadas diferenças para as variáveis da saúde positiva quanto ao género, quanto à idade, quanto à escolaridade e quanto às questões de estatuto sociocultural (nível de instrução) e socioeconómico.

Resultados

Os resultados obtidos mostram que os adolescentes portugueses se percebem predominantemente com elevada saúde positiva: 89.9% regista uma QVRS na metade superior de *Kidscreen 10*; na mesma metade superior se encontram 90.9% para a subescala DAE e 78.2% para a subescala DC; 80.3% dos adolescentes percebem-se no quarto superior da escada de SV; 82.7% afirmam-se “felizes” ou “muito felizes”.

Os resultados em função do género mostram diferenças estatisticamente significativas em todos os âmbitos, com exceção para a subescala DC de *Kidscreen 10*. Os

adolescentes do género masculino percebem-se com uma saúde positiva mais elevada, quando comparados com o género feminino, sobretudo nas variáveis com cariz mais afetivoemocional: foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para a DAE e felicidade [$t(4824)=12.69$; $p=.000$] e [$t(4824)=6.34$; $p=.000$], respetivamente; o género masculino relatou níveis mais elevados de DAE ($M=28.54$; $DP=4.12$), comparativamente com o género feminino ($M=26.93$; $DP=4.56$). Nas variáveis cognitivas não se obtêm diferenças estatisticamente significativas em DC e em SV há diferenças estatisticamente significativas para os géneros [$t(4824)=2.05$; $p=.040$], sendo que o género masculino relatou níveis mais elevados de SV ($M=7.36$; $DP=1.85$), comparativamente com o género feminino ($M=7.24$; $DP=1.98$).

Os níveis das variáveis da saúde positiva vão diminuindo à medida que aumenta a idade. A faixa etária com níveis mais elevados de saúde positiva situa-se nos 11 anos; os níveis mais baixos de saúde positiva estão nos 16 anos ou mais. Procedendo à comparação das médias entre as idades constata-se diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis da saúde positiva.

Tabela 11 – Diferenças entre a idade em relação às médias das variáveis de saúde positiva

	11 anos		13 anos		15 anos		16 ou mais anos		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS (KIDSCREEN 10)	40.94	5.09	39.53	5.49	37.68	5.36	36.71	5.38	118.94***
DAE_QVRS	29.24	3.94	28.27	4.34	26.90	4.38	26.33	4.49	93.11***
DC_QVRS	11.65	2.15	11.23	2.07	10.75	1.98	10.34	1.85	73.82***
Satisfação com a vida	7.85	1.88	7.52	1.91	7.00	1.83	6.73	1.89	72.32***
Felicidade	3.27	.67	3.12	.72	2.95	.68	2.91	.72	58.71***

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

DAE_QVRS = Dimensão Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

DC_QVRS = Dimensão Cognitiva de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

As comparações *post-hoc*, pelo método *Tukey HSD*, indicam que as diferenças entre os vários grupos etários são estatisticamente significativas em todas as variáveis, com exceção para a relação entre os grupos etários dos 15 e 16 anos ou mais na variável FEL, em que não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Quando procedemos à comparação das médias das variáveis de saúde positiva a partir da perspectiva da escolaridade (grupos do 6º, 8º e 10º de escolaridade), encontramos uma tendência semelhante à verificada com a idade: (1) as médias das variáveis da saúde positiva vão diminuindo à medida que aumenta a escolaridade; (2) na escala de QVRS e na sua subescala DAE registam-se diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos; (3) a subescala DC apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos (com valores mais elevados no 6º ano e menos elevados no 10º ano de escolaridade); (4) as médias da SV manifestam diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos (índices mais elevados no 6º ano de escolaridade e mais baixos no 10º ano de escolaridade); (5) na variável FEL o conjunto da amostra revela diferenças estatisticamente significativas entre os três anos de escolaridade.

Vários estudos empíricos afirmam a relação entre os estatutos sociocultural e socioeconómico familiar e a perceção de saúde positiva por parte dos adolescentes. Para a análise deste âmbito recorreu-se ao nível socioeconómico das famílias (dados obtidos pela FAS) e ao nível de instrução dos pais. No nível socioeconómico das famílias foram formados três grupos de acordo com as propostas dos autores de FAS (Boyce, et al., 2006): nível socioeconómico baixo (FAS baixo), nível socioeconómico médio (FAS médio) e nível socioeconómico alto (FAS alto). Foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos socioeconómicos para as variáveis da saúde positiva em estudo, sendo que as comparações *post-hoc*, pelos métodos mais adequados, indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos, para todas as variáveis da saúde positiva, com exceção para a subescala DAE, onde não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos do nível socioeconómico baixo e do nível socioeconómico médio.

O nível de instrução dos pais mostrou-se influente em relação aos dados obtidos nas variáveis da saúde positiva: todas as variáveis acusaram diferenças estatisticamente significativas, como se pode observar na tabela 2, onde assumem particular relevância os dados estatísticos das variáveis de matriz mais acentuadamente cognitivas.

Tabela 12 – Diferenças entre o nível de instrução dos pais em relação à Saúde Positiva

	<i>Não Estudou</i>		<i>1º ciclo</i>		<i>2º/3º ciclo</i>		<i>Secundário</i>		<i>Curso Superior</i>		<i>F</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
QVRS (<i>Kidscreen 10</i>)	39.10	6.90	38.03	5.59	39.04	5.46	38.84	5.24	39.34	5.72	7.42***
DAE_QVRS	28.67	5.25	27.37	4.50	27.98	4.30	27.66	4.28	27.80	4.54	3.54**
DC_QVRS	10.58	2.84	10.67	2.12	11.03	2.03	11.15	1.94	11.46	2.10	18.55***
Satisfação Vida	7.27	2.18	7.05	2.03	7.37	1.85	7.36	1.78	7.55	1.91	8.88***
Felicidade	3.11	.89	3.02	.72	3.07	.69	3.05	.67	3.13	.71	3.32**

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

DAE_QVRS = Dimensão Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

DC_QVRS = Dimensão Cognitiva de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

Satisfação Vida = Satisfação com a Vida.

As comparações *post-hoc*, pelos métodos mais adequados, indicaram que o grupo do nível de instrução dos pais do 1º ciclo do ensino básico relatou os níveis menos elevados nas variáveis da saúde positiva, *grosso modo* com diferenças estatisticamente significativas, quando comparado com o grupo do nível de instrução dos pais do 2º/3º ciclos do ensino básico, com o grupo do nível de instrução dos pais do secundário e com o grupo do nível de instrução dos pais do curso superior.

Foram efetuadas análises de regressão múltipla pelo método *stepwise* com o objetivo de avaliar os fatores preditores das variáveis de saúde positiva às avaliações para o total da amostra. Foram introduzidas como possíveis variáveis independentes preditoras todas as variáveis que, na análise de correlações, evidenciaram associações estatisticamente significativas com o total das variáveis de saúde positiva em estudo.

Os resultados obtidos mostraram a existência de 4 variáveis preditoras do índice de QVRS às avaliações, que explicaram, no seu total, cerca de 39.7% da variância do modelo. A FEL foi a primeira variável independente encontrada, tendo explicado cerca de 29% do modelo, tendo-se seguido SV, a idade e o nível socioeconómico que, no seu conjunto, explicaram cerca de 10.7% da variância total do modelo.

No estudo dos fatores preditores da subescala DAE de QVRS, os resultados obtidos mostraram a existência de 5 variáveis independentes preditoras do índice, que explicaram, no seu total, 40.6% da variância do modelo. A FEL foi a primeira variável independente encontrada, tendo explicado cerca de 29.1% do modelo, tendo-se seguido a SV, a DC de QVRS, a idade e o nível de instrução da família que, no seu conjunto, explicaram 11.5% da variável total do modelo.

Na subescala DC de QVRS, os resultados obtidos mostraram a existência de 5 variáveis independentes preditoras do respetivo índice, que explicaram, no seu total, cerca de 20.8% da variância do modelo. A DAE de QVRS foi a primeira variável independente encontrada, tendo explicado 14.8% do modelo, tendo-se seguido SV, a instrução da família, a FEL e a idade que, no seu conjunto, explicaram cerca de 6.0% da variância total do modelo.

Em relação a SV, os resultados mostraram a existência de 5 variáveis independentes preditoras do índice, que explicaram cerca de 35.5% da variância do modelo. A FEL foi a primeira variável independente encontrada, tendo explicado 25.3% do modelo, seguindo-se a DAE de QVRS, a DC de QVRS, o nível socioeconómico e a idade que, no seu conjunto, explicaram cerca de 10,2% da variância total do modelo.

Na FEL foram observadas 4 variáveis independentes preditoras, que explicaram cerca de 36.9% da variância do modelo. A DAE de QVRS foi a primeira variável independente encontrada, explicando 29.1% do modelo, seguindo-se SV, o nível socioeconómico e DC, que explicaram, no seu conjunto, cerca de 7.8% da variância total do modelo.

Tabela 13 – Fatores preditores de Saúde Positiva para a amostra total

VD	P	Vis	R ² Aj.	β	t
QVRS (<i>Kidscreen 10</i>)	1	Felicidade	.290	.351	25.022***
	2	Sat. Vida	.087	.330	23.417***
	3	Idade	.019	-.140	-11.511***
	4	FAS	.001	.029	2.363*
% V. Explic			39.7%		
DAEmocional (<i>Kidscreen 10</i>)	1	Felicidade	.291	.355	25.303***
	2	Sat. Vida	.060	.220	15.176***
	3	DCognitiva	.030	.189	14.396***
	4	Idade	.023	-.153	-12.649***
	5	Inst. Família	.002	-.042	-3.504***
% V. Explic			40.6%		
DCognitiva (<i>Kidscreen 10</i>)	1	DAEmocional	.148	.251	14.594***
	2	Sat. Vida	.050	.232	13.839***
	3	Inst. Família	.010	.101	7.271***
	4	Felicidade	.001	.038	2.17*
% V. Explic			20.8%		
Satisfação com a Vida	1	Felicidade	.253	.311	20.814***
	2	DAEmocional	.063	.234	15.130***
	3	DCognitiva	.032	.189	13.826***
	4	FAS	.007	.081	6.429***
% V. Explic			35.5%		
Felicidade	1	DAEmocional	.291	.379	25.989***
	2	Sat. Vida	.076	.305	20.814***
	3	FAS	.001	.027	2.127*
	4	DCognitiva	.001	.028	2.048*
% V. Explic			36.9%		

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

DAEmocional = Dimensão Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

DCognitiva = Dimensão Cognitiva de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

Sat. Vida = Satisfação com a Vida

Inst. Família = Nível de Instrução dos Pais

FAS = Nível Sócio Económico

VD = Variável Dependente

P = Passos

Vis = Variáveis Independentes

R² Aj. = R² Ajustado

Na análise da tabela poderá verificar-se que nos modelos explicativos das variáveis em estudo são os fatores de índole afetivo emocional que registam preponderância, seja quando se consideram as variáveis afetivas (FEL e DAE de QVRS), seja quando se consideram as variáveis cognitivas (SV e DC de QVRS).

Discussão dos resultados

Tratando-se de um estudo de carácter exploratório, a discussão dos resultados, mais do que permitir aferir certezas e extrair conclusões definitivas, proporciona um conjunto de indicações para posteriores pesquisas, levanta algumas questões estimuladoras da reflexão e abre janelas para ulteriores abordagens qualitativas. Os resultados, os pontos de maior relevo, as questões suscitadas são corroborados, em grande parte, por outros estudos empíricos.

Os jovens adolescentes, numa abordagem geral dos dados, percebem-se como saudáveis. As alterações biopsicossociais que a literatura descreve para esta fase da vida pessoal parecem ser enfrentadas de forma muito positiva, uma vez que no universo em estudo predomina a saúde positiva. Com efeito a análise estatística apresenta uma elevada perceção das dimensões emocional e cognitiva da QVRS, da SV e da FEL (Simões, 2007; Matos et al., 2007).

O aumento da idade dos adolescentes corresponde a uma diminuição da saúde positiva percebida. Aos 11 anos encontram-se os índices mais elevados de saúde positiva que decrescem de forma estatisticamente significativa em intervalos de dois anos (13, 15 e 16 anos ou mais). Parece que as alterações biopsicossociais específicas desta fase do ciclo vital, associadas à maturação neuronal e à progressiva entrada no estágio piagetiano das operações formais (Muuss, 1996), levantam questões cognitivas e emocionais que se traduzem no decréscimo da perceção de saúde positiva. O aumento da capacidade, complexidade e sofisticação de processamento de informação por parte do adolescente produz mudanças no modo de se relacionar com as realidades endógena e exógena, fazendo emergir a necessidade de tempo e de outras competências de vida. O

diálogo entre o indivíduo e os seus contextos socializadores (família, amigos, escola, comunidade local) pode tornar-se mais difícil, mais elaborado, gerador de outro tipo de emoções não habituais o que poderá redundar numa menor perceção de bem-estar. O processo de adequação às mudanças biopsicossociais do adolescente traz consigo novos e mais intensos indutores de *stress* o que poderá desempenhar um papel adverso na perceção do nível de saúde positiva. Também a pressão sociocultural (pares, *media*, culturas juvenis, família, escola...) inerente a um processo de autonomização, cada vez mais interiorizada pelo adolescente que pretende afirmar a sua identidade (Ceballos, 2009), tem efeitos sobre o modo de se perceber. Como escreve Frydenberg (1997), também a frustração de expectativas e o pessimismo crescente em relação aos próprios recursos versus os desafios dos contextos (resultados escolares versus âmbito profissional desejado, perspectivas de desemprego, dificuldades de recursos financeiros, etc.) condicionam negativamente a perceção de saúde.

As diferenças estatisticamente significativas estão associadas ao âmbito cognitivo (DC de QVRS e SV) e ao âmbito afetivo e emocional (DAE de QVRS e felicidade). Mas se no âmbito cognitivo se registam diferenças entre todas as faixas etárias, no âmbito afetivoemocional, após os 15 anos, parece atenuar-se a diferença em relação à perceção de saúde positiva. Querirá isto dizer que o adolescente tende a adquirir primeiro as competências necessárias para lidar com a dimensão afetivoemocional? Será que o ajuste emocional terá de ser anterior ao ajuste cognitivo? A revisão de literatura (Damásio, 2003; Lyubomirsky, 2008) e o presente estudo rejeitam uma separação entre as componentes cognitiva e afetivoemocional da saúde positiva, mas a dialética entre estas componentes está presente no processo de desenvolvimento saudável do adolescente. Os dados parecem indicar que após alguma turbulência desta fase de vida, no percurso para a idade adulta, os adolescentes voltarão a recuperar os índices de perceção de saúde positiva. Embora os âmbitos cognitivo e afetivoemocional sejam interdependentes, a análise de dados parece indicar a componente afetivoemocional a liderar a perceção de saúde positiva no adolescente. Será que o domínio do âmbito afetivoemocional da saúde positiva se irá sedimentando num âmbito cognitivo cada vez mais determinante na saúde positiva? Será que os estilos de vida saudáveis, assumidos

cognitivamente pelos adultos, têm a montante estilos de vida adotados pelos adolescentes por razões mais ligadas a âmbitos afetivo-emocionais? Parece claro que as dinâmicas dos contextos socializadores do adolescente (família, escola, pares, comunidade local, âmbitos socioculturais) que pretendam favorecer um desenvolvimento saudável do adolescente terão necessariamente de integrar e desenvolver as dimensões afetivo-emocionais e cognitivas. A promoção da saúde positiva, não tem de investir apenas em informação, conhecimentos e respetiva organização, mas igualmente (ou talvez mais ainda) em competências de comunicação e de relação intersubjetiva, em competências sociais e afetivas, em competências de autoconhecimento, de cidadania e de vida. Neste ponto, nomeadamente ao nível da escola, um dos contextos mais relevantes no processo de desenvolvimento do adolescente, talvez fosse oportuna uma revisão dos programas escolares e projetos educativos de forma a desenvolverem estratégias de promoção de saúde que tornem possível um crescimento saudável dos adolescentes nas distintas faixas etárias.

O género masculino auto percebe-se com uma saúde positiva mais elevada quando comparado com o género feminino. Se esta tendência é clara nas variáveis de saúde positiva mais associadas ao âmbito afetivoemocional (DAE de QVRS e felicidade), não é tão óbvia nas variáveis de saúde positiva mais endereçadas para o âmbito cognitivo (DC de QVRS e SV). Com efeito, na DC da QVRS não se observam diferenças estatisticamente significativas entre géneros. A literatura refere o género feminino com uma maior tendência para a internalização, o que poderia explicar uma menor perceção da saúde positiva, nomeadamente no âmbito emocional (Ceballos, 2009; Matos, & Batista-Foguet, 2007). Atendendo aos dados em estudo, pode-se levantar a hipótese de haver uma maior sensibilidade aos acontecimentos de vida, quanto ao número e quanto à intensidade com que são vividos pelo género feminino.

O nível socioeconómico (FAS) mostra uma associação estatisticamente significativa com os índices médios de perceção de saúde positiva. Quanto mais elevada o nível socioeconómico mais elevada é a perceção de saúde positiva. Se nas variáveis com maior relação ao âmbito cognitivo (DC de QVRS e SV) se observam diferenças

estatisticamente significativas entre os três grupos socioeconômicos, nas variáveis mais correlacionadas ao âmbito afetivo e emocional, nomeadamente a DAE de QVRS, embora se constatem índices mais elevados de percepção de saúde positiva consoante o aumento do nível socioeconómico, esta diferença não é estatisticamente significativa entre os níveis socioeconómicos baixo e médio. Isto mostra que os indicadores socioeconómicos tendem a ter maior impacto na componente cognitiva da percepção da saúde positiva do que na componente afetivoemocional (Drukker et al., 2003; Torsheim et al, 2004), não obstante, como refere a literatura (Lyubomirsky, 2008), as duas componentes estarem profundamente entretecidas.

A análise dos resultados das variáveis de saúde positiva a partir da perspetiva do nível de instrução dos pais deixa entender que todas as variáveis têm diferenças estatisticamente significativas entre os distintos grupos de instrução: os adolescentes com encarregados de educação sem estudos ou com apenas o 1º ciclo do ensino básico percecionam-se com níveis menos elevados de saúde positiva. Os dados levam a concluir que o nível de instrução dos pais possui uma incidência na autopercepção dos adolescentes quanto às variáveis de âmbito cognitivo: DC de QVRS e SV. As variáveis DAE de QVRS e FEL não mostram qualquer correlação com o nível de instrução dos encarregados de educação. Assim, de forma ainda mais evidente do que no nível socioeconómico, pode concluir-se que o nível de instrução das famílias regista uma particular incidência nas variáveis de âmbito cognitivo da percepção dos adolescentes quanto à saúde positiva.

O procedimento estatístico de análise de regressão múltipla com vista a avaliar os fatores preditores das variáveis de saúde positiva faz perceber, antes de mais, que as variáveis de âmbito cognitivo se entrelaçam com as variáveis de âmbito afetivoemocional nas percepções do adolescente quanto à saúde positiva. Mais ainda, não parece aceitável considerar variáveis exclusivamente cognitivas nem exclusivamente emocionais na percepção da saúde positiva.

O âmbito afetivoemocional, nomeadamente DAE de QVRS e FEL são os fatores que primeiro se posicionam na predição dos índices de saúde positiva nos adolescentes. Serão as medidas deste âmbito mais consistentes do que as de âmbito cognitivo? Os dados parecem corroborar Balaguer e Castillo (2002) e Ceballos (2009) que afirmam a relevância do âmbito afetivoemocional na percepção da saúde positiva por parte dos adolescentes. Como referem igualmente estes autores as variáveis de âmbito mais cognitivo (DC de QVRS e SV) surgem como preditoras na percepção da saúde positiva dos adolescentes em segundo plano.

As variáveis da saúde positiva de âmbito afetivoemocional encontram fatores preditores mais fortes, com uma percentagem de variância explicada mais expressiva, do que as variáveis de âmbito cognitivo. Estes dados parecem indicar que as opções dos adolescentes por comportamentos saudáveis parecem ter uma relação mais forte com as variáveis de âmbito afetivoemocional. Atendendo à literatura (Frey & Stutzer, 2004; Lyubomirsky, 2008), que refere o âmbito cognitivo como mais estável e o âmbito afetivo como mais sujeito à efemeridade e à mudança, estes resultados deixam transparecer que os adolescentes tendem a “fundamentar” as suas opções comportamentais sobretudo em fatores pontuais, relacionados com as emoções e sentimentos experimentados em determinado momento ou circunstância.

Apesar da prevalência da componente afetivoemocional sobre a cognitiva na percepção de saúde positiva por parte do adolescente, como referem Damásio (2003) e Lyubomirsky (2008), uma e outra são interdependentes, devendo ser analisados e trabalhadas em conjunto uma vez que se completam no desenvolvimento da pessoa.

A idade, o nível de instrução e o nível socioeconómico das famílias embora surjam nos modelos preditores de saúde positiva dos adolescentes, ocupam lugares terciários em relação aos fatores preditores de âmbito afetivoemocional e de âmbito cognitivo. Assim, parece que, embora possuam alguma influência na percepção da saúde positiva dos adolescentes, não são tão determinantes quanto os âmbitos afetivo e cognitivo.

As variáveis de âmbito afetivoemocional encontram-se na primeira linha, nos primeiros passos, dos fatores preditores das variáveis de âmbito mais prevalentemente cognitivo, mas o contrário já não é verdadeiro. Numa análise meramente académica, que separe a componente afetivoemocional da componente cognitiva, os dados apresentam a dimensão afetivoemocional como determinante na dimensão cognitiva da saúde positiva (segundo os últimos autores citados, mais estável e duradoura), o que poderá indicar que a promoção da saúde positiva passa, antes de mais, por estratégias afetivo-emocionais, mais do que por estratégias de informação e de elucubrações mentais. Nos programas de promoção da saúde para além de se transmitir informações e estabelecer protocolos graduativos com o desenvolvimento biopsicossocial do adolescente é imperioso investir na relação, na qualidade dos contextos socializadores, na formação dos técnicos de educação e no envolvimento pessoal com os adolescentes e as respetivas culturas juvenis. Promover saúde é saber para onde se pretende ir, saber que competências estimular e desenvolver, mas com disponibilidade para caminhar com o adolescente, com tempo para estar presente de forma dialogante, atenta e proactiva, com abertura para construir vínculos afetivos e sentido de pertença. Não serão as iniciativas de associativismo juvenil um possível espaço de excelência para a promoção da saúde?

Considerações finais

Os resultados que analisámos e discutimos permitiram identificar aspetos relacionados com a perceção da saúde que os adolescentes portugueses revelam, contribuindo para uma maior compreensão do comportamento de saúde destes adolescentes e para desvendar novos aspetos da evolução da perceção da saúde positiva durante o desenrolar do processo adolescente, de modo a permitir comparações nacionais e internacionais, no âmbito dos estudos HBSC.

Se, por um lado, a saúde positiva é percebida de modo distinto pelos géneros feminino e masculino, por outro, ao aumento da idade dos adolescentes corresponde uma diminuição da saúde positiva percebida. Contudo, a diminuição da saúde positiva

percebida é distinta segundo o género, sendo mais precoce para o género feminino (11-13 anos) e mais tardia para o género masculino (13-15 anos).

Os estatutos socioeconómico e sociocultural das famílias manifesta associação com o nível de percepção de saúde positiva dos adolescentes, especialmente no que respeita ao âmbito cognitivo, mas num possível modelo explicativo ocupariam um lugar terciário. É, contudo, de sublinhar que a percepção de saúde positiva é mais elevada nos níveis socioeconómicos mais altos e, também, nos grupos cujos pais têm níveis de instrução mais elevados.

Releva deste estudo que as variáveis de âmbito afetivoemocional e de âmbito cognitivo são interdependentes mas, no decurso do processo adolescente, a componente afetivoemocional é mais expressiva do que a componente cognitiva da autopercepção de saúde positiva.

Se considerarmos que a autopercepção da saúde positiva dos adolescentes portugueses pode evidenciar a sua saúde efectiva, então, parece-nos lícito ponderar a necessidade de reinventar processos e metodologias para a promoção da saúde percecionada pelos próprios e, também, para a promoção da sua saúde efectiva, intervindo nos fatores que as condicionam, sobretudo neste período da vida em que decorrem profundas modificações biopsicossociais que implicam adaptação e adequação permanente.

Os contextos de referência do adolescente, sobretudo a família e a escola, como espaços educativos e de promoção da excelência do adolescente, deverão fomentar o desenvolvimento de competências afetivo-emocionais e cognitivas para que o adolescente possa lidar com as alterações biopsicossociais de forma saudável e fortalecedora, de forma a desenvolver as estratégias de promoção da saúde dirigidas para a redução dos fatores de risco, como sugere a Organização Mundial de Saúde.

Os dados enunciados na discussão dos resultados poderão ser indicadores preciosos para a estruturação dos programas escolares, especialmente no que respeita às orientações metodológicas e às estratégias aconselhadas para os processos de ensino e de

aprendizagem. Trata-se, na nossa perspetiva, de incentivar a abordagem de temáticas relacionadas com a promoção da saúde, através da promoção de escolhas saudáveis, assim como dos processos metodológicos e das tarefas práticas com vista à promoção de competências que permitam a adoção de comportamentos de proteção da saúde. Não basta usar instrumentos e técnicas; os conhecimentos e o “saber” não são suficientes. A intersubjetividade, o espaço relacional e comunicação são fundamentais. A forma de comunicar e de chegar ao adolescente é um fator primordial da promoção da saúde e da percepção que os adolescentes dela revelam. Apelar à cognição em ambiente afetivoemocional, possibilitará a apropriação pelo adolescente dos fundamentos cognitivos e afetivo-emocionais para realizar escolhas saudáveis, em ordem à construção de um percurso saudável e equilibrado.

Relativamente aos programas e projetos que se desenvolvem na Europa e em Portugal no âmbito da *Educação e da Promoção da Saúde* em meio escolar, a sua estruturação, procurando incentivar a percepção de saúde dos adolescentes e, mais concretamente, da sua saúde positiva efectiva, deverão direccionar-se especificamente em função da idade e do género, apostando em intervenções que se socorram, acima de tudo, de argumentos afetivo-emocionais, sem descuidar as componentes cognitivas, no sentido do desenvolvimento de competências pessoais e sociais. Estes programas deverão capacitar os adolescentes para o “saber” e para o “saber-ser” e “saber-escolher”, para que estes possam construir um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. Para isso é necessário continuar a investir na informação e nos conhecimentos técnicos mas, acima de tudo, é essencial incrementar projetos que estimulem o espírito crítico e a capacidade de autoconhecimento e de auto-regulação, especialmente em relação à gestão dos afetos e das emoções.

Igualmente importante é o envolvimento dos pais e das famílias nos programas de promoção e de educação para a saúde. Se, como nos parece lícito inferir, as famílias com estatuto socioeconómico e cultural mais elevado possuem mais conhecimentos e fazem investimentos mais acertados na relação com a criança e com o adolescente, também é verdade que seria desejável conferir esse “saber” e “saber-fazer” àqueles que

têm menos recursos económicos e menos capital cultural. Preconizamos, por isso, que os programas de promoção da saúde envolvam, para além da escola, os pais despertando-os para a gestão dos afetos (e da relação) e para a orientação no sentido da saúde, numa perspetiva holística e ecológica. A “formação de pais” pode promover o alertar para os riscos e para os comportamentos de risco, para a importância do diálogo e das opções conscientes e fundamentadas, para a importância da escolha dos pares, para o incentivo da atividade física, da regulação emocional, entre outros aspetos.

Parece-nos importante referir que as limitações do estudo aqui apresentado têm sobretudo a ver com a análise comparativa entre a autoperceção da saúde dos adolescentes e a perceção da saúde dos adolescentes realizada pelos seus pais e pelos técnicos de saúde.

Pensamos que seria importante realizar novas investigações, de cariz quantitativo e qualitativo, envolvendo adolescentes, pais, profissionais de saúde e profissionais de educação envolvidos em projetos de promoção e de educação para a saúde, no sentido de serem delineados programas de intervenção adaptados aos contextos e às populações escolares.

Referências Bibliográficas

- Arita, B., Romano, S., Garcia, N. & Félix, M. (2005). Indicadores Objetivos y Subjectivos de la Calidad de Vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 10(1), 93-102.
- Balaguer, I. & Castillo, I. (2002). Los estilos de vida relacionados con la salud en la adolescencia temprana. In I. Balaguer (Org.), *Estilos de Vida en la Adolescencia*. Valencia: Promolibro, pp. 37-49.
- Berjano, R., Foguet, J. & González, A. (2008). El desarrollo de estilos de vida en los adolescentes escolarizados: diferencias entre chicos y chicas. *IberPsicología* 2008: 13.1. Consultado em 27 de julho de 2008 na World Wide Web: <http://psicologia-online/ciopa2001/atividades/57/index.html>.

- Bisegger, C., Cloetta, B., von Rüden, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U. & The European KIDSCREEN Group (2005). *Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. Sozial und Präventivmedizin*, 50, 281-291.
- Boyce, W., Torsheim, T., Currie, C. & Zambon, A. (2006). The Family Affluence Scale as a Measure of National Wealth: Validation of an Adolescent Self-Report Measure. *Social Indicators Research*, 78: 473-487.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Ceballos, G. (2009). *El adolescente Y sus retos: La Aventura de Hacerse Mayor*, Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XII(1), 83-96.
- Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa: as Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Mem Martins: Publicação Europa América.
- Drukker, M., Kaplan, C. D., Feron, F. J. M. & Van Os, J.. (2003) Children's health-related quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Social Science and Medicine*, 57, 825–841.
- Espinosa, J. L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 90, 57-71.
- Frey, B. & Stutzer, A. (2004). *Happiness Research: State and Prospects*. Institute for Empirical Research in Economics Working, Paper No. 190. University of Zurich. Consultado em 28 de fevereiro de 2007 na World Wide Web: <http://ssrn.com/abstract=559427>.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. London: Routledge.
- Health Behaviour in School-Aged Children* (2006).
- Lyubomirsky, S. (2008). *La Ciencia de la Felicidad*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Matos, M. & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde. (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro Anos Depois)*. Lisboa: Edições FMH.

- Matos, M. G. & Batista-Foguet, J. M. (2007). Satisfação com a vida, escola, risco e proteção ao longo da adolescência. In Santos, P. S. (Eds.), *Temas Candentes em Psicologia do Desenvolvimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, M., Gonçalves, A., Gaspar, T. (2005) *Aventura social e saúde: prevenção do VIH numa comunidade migrante*. Lisboa, CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. & Equipa do Projeto Aventura Social (2007). *A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em oito anos*. Lisboa, CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- Minto, E. C., Pedro, C. P., Netto, J. R. C., Bugliani, M. A. P. & Gorayeb, R. (2006). Ensino de habilidades de vida na escola: uma experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 561-568.
- Muuss, R. E. (1996). *Theories of adolescence*. 6ª edição. New York: McGraw-Hill.
- Najman, J.M., Aird, R.L., Bor, W., O'Callaghan, M., Williams, G. M. & Shuttlewood, G. J. (2004). The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health. *Social Science & Medicine*, 58(6), 1147-1158.
- Power, C. (2002). Childhood adversity still matters for adult health outcomes. *Lancet*, 360, 1610-1620.
- Rajmil, L., Alonso, J., Berra, S., Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Simeoni, M-C., Auquier, P. & The Kidscreen Group. (2006). Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *Journal of Adolescent Health*, 38, 511-518.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B.M., Bruil, J., Dür, W., Power, M. & Rajmil, L. (2001). The European KIDSCREEN Group: Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Sozial und Präventivmedizin*, 46, 294-302.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. *Ciencia Y Enfermería*, 9(2), 9-21.
- Simões, M. C. R. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.

- Starfield, B., Riley, A.W., Witt, WP. & Robertson J. (2002). Social class gradients in health during adolescence. *J Epidemiol Community Health*, 56, 354–61.
- Torsheim, T., Currie, C., Boyce, W., Kalnins, I., Overpeck, M. & Haugland, S. (2004). Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science & Medicine*, 59, 1–12.
- Von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., Ravens-Sieberer, U., & The European KIDSCREEN Group. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: Results from a European study. *Journal of Epidemiology Community Health*, 60:130-135.

Estudo 2 – Idade, Género e Bem-Estar Subjetivo nos Adolescentes²

Resumo

O âmbito cognitivo-valorativo apresenta uma maior estabilidade na vida do adolescente do que o âmbito afetivoemocional. A autoperceção da saúde, enquanto bem-estar biopsicossocial, é afeta da por estes componentes, que assumem proporções distintas de acordo com o género e a idade do adolescente. Numa amostra de 4877 adolescentes, residentes em Portugal Continental, com uma média de 14 anos, 49.6% do género masculino e 50.4 % do género feminino, estudou-se a relação da idade e do género com a perceção de bem-estar subjetivo. Os dados estatísticos mostraram que o componente afetivoemocional assume um maior relevo na perceção do índice de bem-estar subjetivo dos adolescentes, sendo também mais vulnerável às influências da idade e do género. Para além dos processos de alteração e ajuste internos do adolescente, estes resultados sugerem influência dos contextos familiar, escolar e sociocultural.

Palavras chave: Adolescência; Género; Bem-Estar Subjetivo; Componente Cognitiva; Componente Afetiva

² Borges, A., Matos, M. & Diniz, J. (2010). Idade, Género e Bem-Estar Subjectivo nos Adolescentes. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 44 (2), 39-61.

Revisão de Literatura

As velhas temáticas da felicidade e da realização pessoal, com ampla tradição na reflexão filosófica, têm vindo a assumir lugar central na pesquisa psicológica sob denominações semelhantes, mas nem sempre totalmente equivalentes: satisfação com a vida, qualidade de vida, bem-estar subjetivo, bem-estar social, bem-estar psicológico, felicidade, optimismo, afeto positivo (Cuadra & Florenzano, 2003; Rajmil et al., 2006). Ao crescente relevo assumido por estes focos de pesquisa não é estranho o conceito de saúde, enquanto bem-estar de todas as dimensões da pessoa.

A pesquisa científica tem sido orientada por duas grandes tendências: uma, de cariz mais sociológico, analisa diversas variáveis sócio-demográficas tais como o género, a idade, o nível de rendimentos, o estatuto sócio-económico e os sintomas da saúde física; a outra, mais recente e de perfil mais próximo da psicologia, procura compreender os processos que subjazem ao bem-estar e explicá-los enquanto traços positivos do ser humano. A integração destas tendências permite uma compreensão mais ampla do bem-estar e da saúde positiva (Cuadra & Florenzano, 2003; Rodríguez, 2009).

É comumente aceite na literatura que o bem-estar subjetivo se compõe por duas facetas básicas: uma, centrada nos aspetos afetivo-emocionais, aborda os estados de ânimo, os sentimentos, as emoções, sendo marcada por um carácter mais efémero e sujeito a alterações; outra, focalizada nos aspetos cognitivo-valorativos, refere-se ao juízo de satisfação do indivíduo com a sua vida, apresentando um carácter mais estável (Diener, 1984; Frey & Stutzer, 2004; Lyubomirsky, 2008, Rodríguez, 2009).

O bem-estar subjetivo mais do que uma conceção unitária, é o resultado da conjugação de componentes diferentes, de circunstâncias endógenas e exógenas ao indivíduo, da natureza do fenómeno, da história de vivências, das circunstâncias de vida, estruturando-se de maneiras diversas em distintos momentos do desenvolvimento, ao ponto de algumas dimensões poderem ser consideradas importantes em determinado género e idade e mostrarem escassa relevância noutra género e noutra idade (Azúa,

Goñi & Madariaga, 2009; Diener & Lucas, 2000; Lyubomirsky, 2008; Rodríguez, 2009). Em todo o caso, a conjugação destes e doutros aspetos, directa ou indirectamente relacionados com a autoperceção do indivíduo em relação ao bem-estar, manifesta-se de forma cognitivo-valorativa e de forma afetivoemocional.

A satisfação com a vida é um componente de índole cognitiva, que se constrói a partir dos juízos que o indivíduo faz sobre a sua vida em geral ou sobre a análise de aspetos particulares da mesma, em distintos âmbitos vitais (Diener & Lucas, 2000; Garcia, 2002; Rodríguez, 2009). Neste juízo está presente o passado, o presente e as expectativas de futuro, sendo que o nível de SV depende da discrepância percebida entre as aspirações e aquilo que se foi/vai atingindo (Arita, 2005; Arita, Romano, Garcia & Félix, 2005; Schwartzmann, 2003; Vinaccia & Orozco, 2005).

A felicidade é um componente de natureza afetiva resultante do balanço emocional entre as emoções positivas (alegria, prazer, entusiasmo, euforia) e as negativas (medo, raiva, *stress*, tristeza) experimentadas por cada indivíduo; este balanço tem uma tendência holística e transversal a todas as áreas da existência do indivíduo, mas também pode ser referido a emoções concretas e a fases específicas (Argyle, 2001; Lyubomirsky, 2008).

Numa aproximação intuitiva, balanço afetivo e satisfação com a vida encontram-se estreitamente conectados e entretecidos na autoperceção do indivíduo, que frequentemente avalia a sua satisfação com a vida segundo as suas emoções mais ou menos positivas. Deste modo, a dedução de que uma pessoa para alcançar elevados níveis de bem-estar subjetivo deverá experimentar uma elevada satisfação com a vida e uma felicidade abundante em momentos de afeto positivo e com poucos momentos de afeto negativo, é de lógica linear (Ballesteros, Medina & Caycedo, 2006; Cuadra & Florenzano, 2003; Lyubomirsky, 2008; Rodríguez, 2009).

Nas idades da infância e da adolescência, as tarefas associadas ao desenvolvimento, muito por influência da vertente sociocultural, tornam-se específicas de cada género,

ligam-se a diferentes abordagens e conceitos, vinculam-se a crenças culturais, a rituais, a comportamentos, a ritmos. A sociedade, de maneira aberta ou subtil, condiciona as percepções do adolescente, em relação a si próprio e ao que o rodeia, marca os itinerários de “formação” apropriados para se chegar a ser considerado plenamente adulto e os direitos/deveres atribuíveis aos indivíduos que se encontram na fase da adolescência (Berjano, Foguet & González, 2008; Traverso-Yépez & Pinheiro, 2005). Se a adolescência é marcada por fatores culturais, também as diferenças de género, em qualquer estágio do desenvolvimento, tendem a possuir uma forte componente cultural, salvo as facetas que estejam estritamente ligadas às peculiaridades somáticas próprias de cada género. Assim, as tarefas tradicionalmente aceites como promotoras do desenvolvimento dos indivíduos não só causam diferenças relacionadas com a idade, mas também diferenças relacionadas com o género (Bisegger et al., 2005; Berjano et al., 2008; Traverso-Yépez & Pinheiro, 2005).

As diferenças, quanto ao género e quanto à idade, não estão completamente clarificadas na literatura. As pesquisas sobre o bem-estar, por grupos etários e por género, nem sempre apontam na mesma direcção, o que pode depender da medida utilizada em relação ao bem-estar e mesmo de conceitos e operacionalizações diferentes dos construtos (Arita et al., 2005; Rodríguez, 2009). No entanto, a grande maioria dos estudos mostra que os níveis de bem-estar observados nas idades mais jovens são mais elevados do que os observados nas idades mais avançadas dos adolescentes (Berjano et al., 2008; Bisegger et al., 2005; Matos, Gonçalves & Gaspar, 2005; Matos et al., 2006; Ravens-Sieberer et al., 2001). Do mesmo modo, vários estudos tendem a indicar valores mais elevados em adolescentes do sexo masculino do que em adolescentes do sexo feminino, embora estas diferenças não sejam tão claras nas idades mais jovens dos adolescentes (Arita et al., 2005; Berjano et al., 2008; Bisegger et al., 2005; Matos et al., 2007).

No entender de Azúa e colaboradores (2009), a autopercepção do bem-estar até cerca dos 12 anos é global, não sendo razoável falar com propriedade de uma distinção entre a dimensão emocional e a dimensão cognitiva desse mesmo bem-estar. A partir desta

faixa etária observa-se uma descida dos índices de autoperceção do bem-estar, evoluindo numa trajectória em forma de curva de *Gauss* invertida, com os níveis mais baixos na faixa etária dos 13-15 anos. A partir dos 15 anos observa-se uma recuperação nos níveis de autoperceção do bem-estar que irá melhorando nos anos sucessivos (Ruiz de Azúa, 2007; Azúa, Goñi & Madariaga, 2009; Esnaola, 2005; Goñi, Rodríguez & Ruiz de Azúa, 2004).

Numa publicação recente, Ceballos (2009), fazendo alusão a outros estudos, aponta algumas diferenças entre géneros na adolescência: (1) o ritmo de desenvolvimento é diferente, sendo que elas manifestam, habitualmente, um avanço de dois anos no processo de maturidade global; (2) eles desenvolvem a sua identidade mais por metas pessoais do que por metas sociais, enquanto elas antepõem o social ao pessoal; (3) eles expressam o conflito em termos de comportamento devido às limitações impostas, enquanto para elas o conflito reflete questões de identidade (o sentimento acerca de si mesmas); (4) elas possuem um melhor perfil para o estudo do que eles (mais dotadas nas competências verbais, na constância e na persistência); (5) elas são mais fortes na emotividade e na capacidade de reflexão enquanto eles são mais ativos e primários. Ruiz de Azúa, num estudo em 2007, observa que o sexo feminino experimenta maiores flutuações quanto à perceção do bem-estar subjetivo do que o sexo masculino, ao longo das distintas etapas do ciclo vital. Matos e colaboradores (2003, 2004, 2007) sugerem que, na maioria dos casos, as situações e os comportamentos se vincam com a idade, com uma tendência para comportamentos de internalização no sexo feminino e de exteriorização no sexo masculino.

Existe ampla evidência empírica de que, entre os adolescentes, o bem-estar subjetivo do sexo masculino é superior ao do sexo feminino da mesma idade. Afirma-se que o sexo feminino vive mais intensamente os afetos negativos e positivos e que interioriza as experiências afetivas negativas, procurando encontrar em si uma explicação para as mesmas, o que estaria na origem de uma autoperceção com menor nível de bem-estar (Roothman, Kisten & Wissing, 2003; Yang, 2002). Há contudo aspetos identificados nalguns estudos, como é o caso da atração física em universitárias turcas (Asçi, 2002),

que podem oferecer linhas de orientação sobre o como e por onde enfrentar uma situação desfavorável para o sexo feminino, de indubitável cariz cultural. Por outro lado é interessante ter presente que estas diferenças intergénero não são constantes ao longo das sucessivas etapas do ciclo vital, e tendem a decrescer com o aumento da idade. Este dado convida a pensar não só na maior vulnerabilidade dos adolescentes em determinadas fases da sua vida, como nos mecanismos psicológicos que são activados para melhorar a sua auto percepção do bem-estar, nomeadamente naqueles que permitem ao sexo feminino recuperar a percepção do bem estar subjetivo, em relação ao qual estiveram em desvantagem com o sexo masculino, durante algumas etapas do seu ciclo vital (Azúa et al., 2009;).

Atendendo à base teórica e empírica da revisão de literatura, são expectáveis diferenças estatisticamente significativas quanto à idade e quanto ao género nas variáveis afetivo-emocionais e cognitivo-valorativas do bem-estar subjetivo. Espera-se que o grupo dos 11 anos não mostre diferenças intergénero; espera-se que as diferenças intergénero se vão intensificando até aos 15 anos e que depois comecem a diminuir; espera-se que o bem-estar percebido decresça com a idade começando a recuperar a partir do grupo dos 15 anos; espera-se que os rapazes exprimam uma percepção do bem-estar mais elevada do que as raparigas; espera-se que os fatores afetivo-emocionais e cognitivo-valorativos evoluam de forma associada; espera-se uma maior relevância dos fatores afetivo-emocionais na percepção do bem-estar subjetivo.

As hipóteses que a literatura sustenta parecem de particular pertinência sobretudo nas práticas educativas, na comunicação intergeracional, na promoção de competências de vida saudáveis, no favorecimento do desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, no aconselhamento e orientação dos adolescentes, na relação terapêutica com adolescentes.

Método

Amostra

A amostra é constituída por 4877 indivíduos, um grupo representativo dos adolescentes a frequentar as escolas públicas em Portugal Continental, no 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, 49,6% do género masculino e 50,4% do género feminino. As idades dos participantes oscilam entre os 10 e os 18 anos, sendo a média de 14 anos e o desvio padrão 1.89..

Medidas

Na recolha de dados utilizou-se o questionário *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC 2006), segundo o respetivo protocolo. Da totalidade do ensaio nacional HBSC 2006, o estudo deteve-se nas medidas sobre a autoperceção da qualidade de vida relacionada com a vida (QVRS_ *kidscreen 10*), sobre a satisfação com a vida (Cantril, 1965) e sobre a felicidade, em função do género e da idade.

O *Kidscreen 10*, medida de saúde genérica relacionada com a qualidade de vida de crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos, foi desenvolvido dentro do projeto europeu “*Screening and Promotion for Health-related Quality of Life in Children and Adolescents - A European Public Health Perspective*” fundado pela Comissão Europeia, tendo sido construído a partir do instrumento mais longo *Kidscreen 27* e proposto pelos autores para avaliar uma característica unidimensional global de “qualidade de vida relacionada com a saúde” (QVRS). As questões são colocadas num limite temporal “pensa na última semana” e o adolescente responde numa escala de *Likert* de cinco pontos entre “nada” e “totalmente” (Rajmil et al., 2006). O recurso à análise fatorial confirmatória com rotação *varimax* aos itens da medida não confirmou integralmente a solução proposta pelos autores, tendo sido encontrada uma decifração de 2 fatores, integrando todos os itens e explicando 46.35% da variância: o primeiro fator, explicando 27.78% da variância, inclui sete itens relacionados com a “dimensão afetivoemocional” (DAE_QVRS); o segundo fator, que se denominou “dimensão cognitiva” (DC_QVRS), agrupou três itens, tendo explicado 18.57% da variância. Os índices de consistência interna foram calculados através do coeficiente *alfa de Cronbach*: .77 para a totalidade das escala; a análise das correlações médias interitens

mostrou o valor de .26; a correlação item-total apresentou valores que variaram de .13 a .58. Quanto às subescalas, foram obtidos valores de *alfa de Cronbach* de .77 para a subescala DAE_QVRS e .54 para a subescala DC_QVRS. A análise das correlações médias interitens mostrou valores que variaram de .32 para os itens da subescala DAE_QVRS e .30 para os itens da subescala DC_QVRS. A correlação item-total apresentaram valores que variaram de .23 a .58 para os itens da subescala DAE_QVRS e de .18 a .52 para os itens da subescala DC_QVRS.

A “satisfação com a vida” (SV) foi medida com a escala de Cantril (1965), representada graficamente como uma escada, onde o degrau “10” corresponde à “melhor vida possível” e o “0” a “pior vida possível”. Aos adolescentes foi solicitado que assinalassem o degrau que melhor descrevia o que sentiam naquele momento.

A medida de “felicidade” (FEL) traduz-se numa escala de *Likert* de quatro pontos, cujos extremos opostos são “sinto-me infeliz” e “sinto-me muito feliz”. Os adolescentes foram convidados a indicar o grau de felicidade que sentiam em relação à vida naquele momento.

Procedimento

O presente trabalho é fundamentalmente um estudo descritivo e correlacional de carácter transversal, numa amostra representativa da população das escolas públicas em Portugal continental, no 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, sendo as escolas e as turmas seleccionadas aleatoriamente. Obtidos os consentimentos associados às boas práticas deontológicas, os questionários foram aplicados no primeiro trimestre de 2006 e remetidos posteriormente para análise (Matos et al., 2007). Os dados foram introduzidos numa base de dados e as análises estatísticas foram efetuadas pelo *Statistical Package for Social Sciences*, versão 17.0 para *windows*.

Verificada a distribuição normal dos resultados procurou-se perceber a associação entre os indicadores de saúde positiva através da análise de correlação de *Pearson*. As

correlações obtidas mostram uma associação positiva e estatisticamente significativa entre todos os indicadores, variando entre correlações positivas fortes como é o caso entre QVRS (*kidscreen* 10) e FEL ($r=.532$ com $p<.001$); correlações positivas moderadas como se verifica entre SV e FEL ($r=.493$; $p<.001$); e correlações positivas fracas como na relação entre a subescala DC_QVRS e FEL ($r=.283$; $p<.001$). Deste modo, os valores da correlação de *Pearson* mostram que as variáveis de bem-estar em estudo se encontram interligadas entre si, embora medindo diferentes aspetos.

Atendendo à revisão de literatura são esperadas diferenças para as variáveis de bem-estar subjetivo, nas componentes afetivoemocional e cognitivo-valorativo, quanto ao género e quanto à idade.

Resultados

Os resultados obtidos mostram que os adolescentes portugueses se percecionam predominantemente com elevado bem-estar subjetivo, seja no componente afetivoemocional, seja no componente cognitivo-valorativo: 89.9% regista uma QVRS na metade superior de *Kidscreen 10*; na mesma metade superior se encontram 90.9% para a subescala DAE_QVRS e 78.2% para a subescala DC_QVRS; 80.3% dos adolescentes percecionam-se no quarto superior da escada de SV; 82.7% afirmam-se “felizes” ou “muito felizes”.

Os resultados em função do género mostram diferenças estatisticamente significativas em todos os âmbitos, com exceção para a subescala DC_QVRS de *Kidscreen 10*. Os adolescentes do sexo masculino percebem-se com bem-estar subjetivo mais elevado, quando comparados com o sexo feminino, sobretudo nas variáveis que avaliam a dimensão afetivoemocional: foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para a DAE_QVRS e FEL [$t(4824)=12.69$; $p<.001$] e [$t(4824)=6.34$; $p<.001$], respetivamente; os rapazes relataram níveis mais elevados de DAE_QVRS ($M=28.54$; $DP=4.12$), comparativamente com as raparigas ($M=26.93$; $DP=4.56$). Nas variáveis com maior incidência na componente cognitiva, as diferenças são inexistentes

ou com menor relevo: DC_QVRS não obtém diferenças estatisticamente significativas; SV mostra diferenças estatisticamente significativas para os géneros [$t(4824)=2.05$; $p=.040$], sendo que os rapazes relataram níveis mais elevados de SV ($M=7.36$; $DP=1.85$), comparativamente com as raparigas ($M=7.24$; $DP=1.98$).

Quando se analisam as diferenças entre géneros por faixa etária constata-se que a faixa etária dos 11 anos não regista diferenças estatisticamente significativas entre os sexos masculino e feminino, exceção feita para a DAE da QVRS. Nesta idade, os rapazes dizem-se mais confortáveis no âmbito afetivoemocional e as raparigas exprimem índices mais elevados no âmbito cognitivo, embora não de forma estatisticamente significativa.

Tabela 14 – Diferenças entre os géneros por idades para as variáveis de Bem-Estar

	<i>Idade</i>	<i>Grupo Masculino</i>			<i>Grupo Feminino</i>			<i>t</i>
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
<i>QVRS (Kids 10)</i>	11 anos	532	41.17	4.79	508	40.69	5.40	1.48n.s.
	13 anos	750	39.99	5.52	725	39.05	5.44	3.21***
	15 anos	732	39.11	4.93	883	36.53	5.43	9.74***
	16 anos ou mais	403	37.86	5.05	344	35.35	5.45	6.37***
<i>DAE_QVRS</i>	11 anos	532	29.57	3.60	508	28.89	4.26	2.70**
	13 anos	750	28.80	4.30	725	27.73	4.32	4.70***
	15 anos	732	28.15	4.03	883	25.88	4.40	10.59***
	16 anos ou mais	403	27.40	4.24	344	25.06	4.45	7.20***
<i>Felicidade</i>	11 anos	532	3.30	.63	508	3.24	.70	1.55n.s.
	13 anos	750	3.18	.75	725	3.05	.69	3.66***
	15 anos	732	3.03	.66	883	2.88	.68	4.30***
	16 anos ou mais	403	2.97	.73	344	2.84	.71	2.44*
<i>DC_QVRS</i>	11 anos	532	11.55	2.08	508	11.76	2.24	-1.51n.s.
	13 anos	750	11.16	2.13	725	11.30	2.00	-1.29n.s.
	15 anos	732	10.89	1.97	883	10.64	2.00	2.43*
	16 anos ou mais	403	10.41	1.79	344	10.27	1.94	1.05n.s.
<i>Satisfação com a vida</i>	11 anos	532	7.81	1.81	508	7.90	1.96	-.76n.s.
	13 anos	750	7.49	1.92	725	7.55	1.92	-.67n.s.
	15 anos	732	7.21	1.74	883	6.83	1.89	4.17***
	16 anos ou mais	403	6.77	1.82	344	6.67	1.98	.73n.s.

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

DAE_QVRS = Dimensão Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

DC_QVRS = Dimensão Cognitiva de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

Aos 13 anos as diferenças estatisticamente significativas intergéneros observam-se nas duas variáveis afetivo-emocionais, mas não nas variáveis de pendor cognitivo. Os rapazes obtêm índices mais elevados, com diferenças estatisticamente significativas, nas variáveis afetivo-emocionais; as raparigas registam índices mais elevados nas variáveis cognitivas, embora não de forma estatisticamente significativa.

A faixa etária dos 15 anos mostra diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis do bem-estar, quer na abordagem afetivoemocional quer na perspectiva cognitiva. Os rapazes obtêm os resultados mais elevados comparativamente com as raparigas.

O grupo dos 16 anos ou mais apresenta diferenças estatisticamente significativas nas variáveis afetivo-emocionais, sendo os rapazes a obter os resultados mais elevados. Nas variáveis que abordam o âmbito cognitivo não se verificam diferenças estatisticamente significativas intergéneros.

Os níveis de bem-estar, na componente afetivoemocional e na componente cognitiva, vão diminuindo à medida que aumenta a idade. A faixa etária com níveis mais elevados de bem-estar situa-se nos 11 anos; os níveis mais baixos de bem-estar estão nos 16 anos ou mais. Procedendo à comparação das médias entre as idades constata-se diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis, com decréscimo dos níveis entre as faixas etárias em estudo.

As comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado (Tukey e Games Howell), indicam que as diferenças entre os vários grupos etários são estatisticamente significativas em todas as variáveis, com exceção para a relação entre os grupos etários dos 15 e 16 anos ou mais, na variável FEL, onde não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar se a conjugação dos fatores “idade” e “género” tinham um efeito estatisticamente significativo sobre as variáveis de saúde positiva em estudo. A interação entre estes fatores teve um efeito estatisticamente significativo sobre a QVRS [$F(7; 4435) = 10.12; p < .001$], sobre a DAE_QVRS [$F(7; 4435) = 10.66; p < .001$], sobre a DC_QVRS [$F(7; 4435) = 2.64; p = .047$] e sobre a satisfação com a vida [$F(7; 4435) = 5.47; p = .001$]. Para aprofundar estes dados procedeu-se à ANOVA dos grupos de idade por géneros. Desta análise de variância assumem particular relevo os seguintes resultados: (1) seja no sexo masculino, seja no feminino todos os índices das variáveis de bem-estar afetivo e cognitivo são mais elevados na faixa etária dos 11 anos decrescendo progressivamente, geralmente com relevância estatística, até aos 16 ou mais anos; (2) embora com valores de “F” distintos, raparigas e rapazes manifestam diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos etários seja na escala de QVRS, seja na subescala DAE_QVRS, sendo que as comparações *post-hoc* pelo método mais adequado, na senda dos resultados da amostra geral, registam os dados mais elevados na faixa etária mais jovem, ocorrendo uma progressiva *décalage* até à idade dos 16 ou mais anos; (3) na variável FEL, seja para os rapazes seja para as raparigas, manifestam-se diferenças estatisticamente significativas quanto às médias de cada faixa etária, com exceção para a comparação entre os grupos de 15 e 16 anos ou mais, grupos com níveis mais baixos de FEL comparativamente aos demais grupos; (4) na subescala DC_QVRS tanto os rapazes como as raparigas mostram diferenças estatisticamente significativas entre os distintos grupos, exceto quando, no sexo masculino, foram comparadas as médias dos grupos de 13 e 15 anos, sendo que, em todos os casos, o índice é mais elevado aos 11 anos e vai decrescendo até aos 16 ou mais anos; (5) na variável SV os rapazes registam diferenças estatisticamente significativas na comparação das médias de todos os grupos etários, enquanto as raparigas não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos de 15 e 16 ou mais anos de idade; (6) atendendo aos valores de “F”, as diferenças estatísticas entre os grupos etários são mais expressivas para as raparigas do que para os rapazes; (7) no componente cognitivo do bem-estar (DC_QVRS e SV), aos 11 e 13 anos, as raparigas mostram índices mais elevados do que os rapazes, algo que não se verifica aos 15 e 16 anos ou mais; (8) é na faixa etária

dos 15 anos que se observam as diferenças mais expressivas entre géneros nos componentes afetivoemocional e cognitivo do bem-estar.

Tabela 15 – Diferenças entre os grupos de idade, com o género, em relação às médias das variáveis de bem-estar subjetivo em estudo

	Idade	Geral		Masculino		Feminino		F	
		M	DP	M	DP	M	DP	Geral	♂ ♀
QVRS (K10)	11 anos	40.94	5.09	41.17	4.78	40.69	5.40	118.94***	34.09*** 94.20***
	13 anos	39.53	5.49	39.99	5.51	39.05	5.43		
	15 anos	37.68	5.36	39.11	4.93	36.53	5.42		
	16 anos ou mais	36.71	5.38	37.86	5.05	35.35	5.44		
DAE_QVRS	11 anos	29.24	3.94	29.57	3.60	28.89	4.26	93.11***	24.12*** 77.44***
	13 anos	28.27	4.34	28.80	4.29	27.73	4.32		
	15 anos	26.90	4.38	28.15	4.03	25.88	4.39		
	16 anos ou mais	26.33	4.49	27.40	4.24	25.06	4.45		
FEL	11 anos	3.27	.67	3.30	.63	3.24	.70	58.71***	24.02*** 34.74***
	13 anos	3.12	.72	3.18	.74	3.05	.68		
	15 anos	2.95	.68	3.03	.66	2.88	.68		
	16 anos ou mais	2.91	.72	2.97	.72	2.84	.70		
DC_QVRS	11 anos	11.65	2.15	11.55	2.07	11.76	2.23	73.82***	26.08*** 51.10***
	13 anos	11.23	2.07	11.16	2.13	11.30	2.00		
	15 anos	10.75	1.98	10.89	1.96	10.64	2.00		
	16 anos ou mais	10.34	1.85	10.41	1.78	10.27	1.93		
Sat. Vida	11 anos	7.85	1.88	7.81	1.81	7.90	1.95	72.32***	26.97*** 48.91***
	13 anos	7.52	1.91	7.49	1.92	7.55	1.91		
	15 anos	7.00	1.83	7.21	1.74	6.83	1.89		
	16 anos ou mais	6.73	1.89	6.77	1.81	6.67	1.97		

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

DAE_QVRS = Dimensão Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

DC_QVRS = Dimensão Cognitiva de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

FEL = Felicidade;

Sat. Vida = Satisfação com a vida.

Foram efetuadas análises de regressão múltipla pelo método *stepwise* com o objetivo de avaliar os fatores preditores das variáveis de bem-estar às avaliações para o total da amostra, segundo o género e atendendo à faixa etária. Foram introduzidas como

possíveis variáveis independentes preditoras todas as variáveis que, na análise de correlações, evidenciaram associações estatisticamente significativas com as variáveis de bem-estar em estudo.

Os resultados obtidos mostraram a existência de três variáveis preditoras do índice de QVRS às avaliações, que explicaram, no seu total, para o conjunto da amostra cerca de 39.7%, para o sexo masculino cerca de 33.3% e para o sexo feminino cerca de 42.6% da variância do modelo. Se a FEL foi a primeira variável independente encontrada no conjunto da amostra e no sexo feminino, explicando respetivamente cerca de 29% e 33% do modelo, no sexo masculino a primeira variável independente encontrada foi a SV, tendo explicado cerca de 24% do modelo. Quando se procedeu à avaliação dos fatores preditores por grupo etário percebeu-se que no sexo masculino a primeira variável independente encontrada, aos 11 e 13 anos, foi SV, sendo a partir dos 15 anos a FEL; no sexo feminino também foi a SV a primeira variável encontrada aos 11 anos, mas no grupo dos 13 anos e nos grupos de maior idade passou a ser a FEL.

No estudo dos fatores preditores da subescala DAE_QVRS, os resultados obtidos mostraram a existência de quatro variáveis independentes preditoras do índice, que explicaram, no seu total, para o conjunto da amostra cerca de 40.7%, para o sexo masculino cerca de 33.4% e para o sexo feminino cerca de 43.7% da variância do modelo. A FEL foi a primeira variável independente encontrada, tendo explicado cerca de 29.7% do modelo no conjunto da amostra, cerca de 23% do modelo quando considerado o sexo masculino e cerca 33.2%, do modelo quando considerado o sexo feminino. As variáveis independentes que se seguiram foram as duas de componente mais cognitiva (SV e DC_QVRS) e a idade que, no seu conjunto, explicaram respetivamente 12% para o conjunto da amostra, 10.4% para o sexo masculino e 10.5% para o sexo feminino da variável total do modelo. Na avaliação dos fatores preditores por grupo etário observou-se que no sexo masculino as primeiras variáveis independentes encontradas, aos 11, são do componente cognitivo do bem-estar, evoluindo nos outros grupos etários para a FEL; no sexo feminino a FEL constitui a

primeira variável independente encontrada, em todas os grupos etários, como fator preditor do modelo explicativo de DAE_QVRS.

Na FEL foram observadas fundamentalmente duas variáveis independentes preditoras que, para a totalidade da amostra, explicaram cerca de 35.9% da variância do modelo. As mesmas variáveis independentes explicaram cerca de 29.2 % da variância do modelo para o sexo masculino e cerca de 41.1% da variância do modelo para o sexo feminino. A DAE_QVRS foi a primeira variável independente encontrada, explicando 28.7% do modelo para a totalidade da amostra, 23% para o sexo masculino e 33.2% para o sexo feminino. Seguiu-se a variável independente SV que explicou a restante percentagem do modelo. O estudo das variáveis independentes preditoras por grupo etário mostrou que aos 11 anos a SV se apresenta como primeira variável preditora do modelo explicativo da felicidade, mas nos outros grupos etários passa a ser a dimensão afetivoemocional de QVRS a primeira variável independente preditora, com exceção para o sexo feminino, no grupo dos 15 anos, onde se afirma de novo como primeira variável independente preditora a SV.

Na subescala DC_QVRS, os resultados obtidos mostraram, *grosso modo*, a existência de 2 variáveis independentes preditoras do respetivo índice, que explicaram, no seu total, cerca de 19% da variância do modelo para a totalidade da amostra, cerca de 18% da variância do modelo para o sexo masculino e cerca de 20.6% da variância do modelo para o sexo feminino. A DAE_QVRS foi a primeira variável independente encontrada, tendo explicado 14.8% do modelo na totalidade da amostra, 13.6% do modelo no sexo masculino e 16.4% do modelo no sexo feminino. A SV é a segunda variável independente preditora explicativa da variância total do modelo. Por grupos etários a dimensão afetivoemocional de QVRS, no sexo masculino, é a primeira variável independente explicativa do modelo com exceção para o grupo de 15 anos, enquanto no sexo feminino, nos grupos de 15 e 16 anos ou mais a primeira variável explicativa do modelo passa a ser a SV.

Em relação à variável satisfação com a vida (SV), os resultados mostraram a existência de 3 variáveis independentes preditoras do índice, que explicaram cerca de 34.7% da variância do modelo para a totalidade da amostra, cerca de 29.7% da variância do modelo para o sexo masculino e cerca de 39.5% da variância do modelo explicativo para o sexo feminino. As variáveis de bem-estar de cariz afetivoemocional são as primeiras que explicam o modelo tanto na amostra geral como nos distintos grupos etários, embora a partir do grupo dos 15 anos assumam cada vez maior relevo a dimensão cognitiva de QVRS, sobretudo no sexo feminino.

Tabela 16 – Fatores preditores de bem-estar subjetivo para a amostra total, para as faixas etárias e para os géneros

VD	P	VIs	Total			% V.Explic (R ² Aj.)		
			β	$\beta_{\text{♂}}$	$\beta_{\text{♀}}$	♂	♀	
QVRS	1	Felicidade	Total		.325***	.369***	33.3%	42.6%
			11 anos		.212***	.279***	28.4%	27.3%
			13 anos	.345***	.301***	.371***	33.6%	40.2%
			15 anos		.323***	.386***	26.5%	40.5%
			16 anos ou +		.498***	.446***	37.1%	43.9%
	2	Sat. Vida	Total		.343***	.353***	33.3%	42.6%
			11 anos		.416***	.330***	28.4%	27.3%
			13 anos	.347***	.384***	.351***	33.6%	40.2%
			15 anos		.300***	.334***	26.5%	40.5%
			16 anos ou +		.184***	.342***	37.1%	43.9%
	3	Idade	Total		-.071***	-.091***	33.3%	42.6%
			11 anos		-	-	28.4%	27.3%
			13 anos	-.134***	-	-	33.6%	40.2%
			15 anos		-	-	26.5%	40.5%
			16 anos ou +		-	-	37.1%	43.9%
	39.7%							
DAEmocional	1	Felicidade	Total		.325***	.374***	33.4%	43.7%
			11 anos		.192***	.246***	27.5%	33.0%
			13 anos	.347***	.297***	.378***	34.5%	43.7%
			15 anos		.341***	.390***	26.4%	38.4%
			16 anos ou +		.486***	.452***	40.0%	38.7%
	2	Sat. Vida	Total		.227***	.246***	33.4%	43.7%
			11 anos		.311***	.374***	27.5%	33.0%
			13 anos	.235***	.244***	.259***	34.5%	43.7%
			15 anos		.191***	.229***	26.4%	38.4%

		16 anos ou +		.135**	.284***	40.0%	38.7%
		Total		.197***	.184***	33.4%	43.7%
		11 anos		.197***	.184***	27.5%	33.0%
	3 DCognitiva	13 anos	.184***	.233***	.203***	34.5%	43.7%
		15 anos		.160***	.140***	26.4%	38.4%
		16 anos ou +		.169***	-	40.0%	38.7%
		Total		-.046**	-.087***	33.4%	43.7%
		11 anos		-	-	27.5%	33.0%
	4 Idade	13 anos	-.148***	-	-	34.5%	43.7%
		15 anos		-	-	26.4%	38.4%
		16 anos ou +		-	-	40.0%	38.7%
						40.7%	
		Total		.356***	.393***	29.2%	41.1%
		11 anos		.229***	.310***	19.0%	31.8%
	1 DAEmocio	13 anos	.378***	.338***	.399***	27.4%	41.5%
	nal	15 anos		.353***	.375***	24.6%	42.4%
		16 anos ou +		.470***	.461***	43.5%	35.9%
		Total		.278***	.342***	29.2%	41.1%
		11 anos		.286***	.350***	19.0%	31.8%
	2 Sat. Vida	13 anos	.297***	.275***	.336***	27.4%	41.5%
		15 anos		.245***	.377***	24.6%	42.4%
		16 anos ou +		.307***	.151**	43.5%	35.9%
		Total		-	-	29.2%	41.1%
		11 anos		-	-	19.0%	31.8%
	3 DCognitiva	13 anos	.031*	-	-	27.4%	41.5%
		15 anos		-	-	24.6%	42.4%
		16 anos ou +		-	.122*	43.5%	35.9%
						35.9%	
		Total		.255***	.277***	18.6%	20.6%
		11 anos		.241***	.291***	16.5%	14.9%
	1 DAEmocio	13 anos	.249***	.288***	.302***	22.0%	17.4%
	nal	15 anos		.196***	.211***	12.6%	18.4%
		16 anos ou +		.279***	-	12.0%	17.2%
		Total		.244***	.241***	18.6%	20.6%
		11 anos		.241***	.162***	16.5%	14.9%
	2 Sat. Vida	13 anos	.235***	.262***	.181***	22.0%	17.4%
		15 anos		.236***	.285***	12.6%	18.4%
		16 anos ou +		.128*	.297***	12.0%	17.2%
		Total		-	-	18.6%	20.6%
	3 Felicidade	11 anos	.039*	-	-	16.5%	14.9%
		13 anos		-	-	22.0%	17.4%

Sat. Vida	4 Idade		15 anos	-	-	12.6%	18.4%		
			16 anos ou +	-	.199***	12.0%	17.2%		
			Total		-.050**	-	18.6%	20.6%	
			11 anos		-	-	16.5%	14.9%	
			13 anos	-	-	-	22.0%	17.4%	
			15 anos		-	-	12.6%	18.4%	
			16 anos ou +		-	-	12.0%	17.2%	
							19.5%		
		1 Felicidade		Total	.268***	.337***	29.7%	39.5%	
				11 anos	.237***	.352***	29.2%	31.1%	
				13 anos	.303***	.253***	.349***	31.4%	39.5%
				15 anos	.247***	.379***	22.7%	40.0%	
				16 anos ou +	.394***	.167**	27.4%	30.1%	
		2 DAEmocional		Total	.242***	.269***	29.7%	39.5%	
				11 anos	.304***	.230***	29.2%	31.1%	
				13 anos	.256***	.256***	.285***	31.4%	39.5%
				15 anos	.201***	.223***	22.7%	40.0%	
				16 anos ou +	.186***	.305***	27.4%	30.1%	
		3 DCognitiva		Total	.202***	.175***	29.7%	39.5%	
				11 anos	.189***	.142***	29.2%	31.1%	
				13 anos	.191***	.223***	.133***	31.4%	39.5%
				15 anos	.205***	.191***	22.7%	40.0%	
				16 anos ou +	-	.232***	27.4%	30.1%	
						34.7%			

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

DAEmocional = Dimensão Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

DCognitiva = Dimensão Cognitiva de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

Sat. Vida = Satisfação com a vida;

VD = Variável Dependente

P = Passos

Vis = Variáveis Independentes

R² Aj. = R² Ajustado

Na análise da tabela poderá verificar-se que nos modelos explicativos das variáveis em estudo são os fatores de índole afetivo emocional que registam preponderância, seja quando se consideram a variáveis mais próximas do componente cognitivo do bem-estar

subjetivo, seja quando se abordam as variáveis mais identificadas com o componente afetivoemocional do mesmo bem-estar.

Na variância explicada pelos modelos enquanto no sexo feminino as percentagens mais baixas, no geral, ocorrem em torno da faixa etária dos 11 anos, no sexo masculino as percentagens mais baixas dos modelos explicativos acontecem no grupo dos 15 anos.

Os modelos com menor variância explicada são os afetos às variáveis ligadas ao componente cognitivo do bem-estar subjetivo.

Discussão dos resultados

Os dados recolhidos e tratados no presente estudo exploratório mostram os adolescentes entre os 11 e os 18 anos (16 anos ou mais) com elevados índices de bem-estar subjetivo. Não obstante esta conclusão, com origem na análise geral da amostra, os adolescentes, esmiuçados por grupos etários e por géneros, mostram peculiaridades e diferenças estatisticamente significativas, que poderão/deverão ser tidas em conta nos programas e planos de promoção para a saúde, para o bem-estar. Mesmo dentro de cada faixa etária são visíveis diferenças estatisticamente significativas na autoperceção dos géneros, que deverão ser tidas em conta quando são delineadas as estratégias e práticas educativas, de modo a que se ancorem em dados empírico-objetivos com vista à excelência.

Se é certo que os jovens adolescentes enfrentam as alterações biopsicossociais, próprias desta fase do ciclo vital, de forma saudável, salvaguardando o seu bem-estar subjetivo (Simões, 2007; Matos et al., 2007), também é certo que o evoluir da idade traz uma diminuição do bem-estar percebido, tanto no componente afetivoemocional como no componente cognitivo-avaliativo do bem-estar: aos 11 anos encontram-se os índices mais elevados das variáveis escolhidas para caracterizar as dimensões afetivoemocional e cognitivo-valorativa do bem-estar, que decrescem de forma estatisticamente significativa em intervalos de dois anos (13, 15 e 16 anos ou mais).

Aos 11 anos os indicadores de bem-estar subjetivo, no geral, não manifestam diferenças estatisticamente significativas intergénero. É certo que, um pouco em divergência com a literatura, se observam diferenças estatisticamente significativas entre os sexos masculino e feminino numa das variáveis afetivo-emocionais, mas sem grande impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde (*Kidscreen 10*). Curioso é notar que, embora sem diferenças estatisticamente significativas, aos 11 anos o sexo masculino apresenta índices mais elevados nas variáveis de índole afetivoemocional, enquanto o sexo feminino tem índices mais elevados nas variáveis de cariz cognitivo-valorativo. Aos 13 anos são observáveis diferenças estatisticamente significativas intergénero em todas as variáveis afetivo-emocionais, apresentando os rapazes valores médios mais elevados do que as raparigas. Nas variáveis cognitivo-valorativas não são observáveis diferenças estatisticamente significativas entre géneros, embora as raparigas continuem a manter valores mais elevados do que os rapazes. É aos 15 anos que os valores do *t de student* são mais elevados na comparação entre géneros, o que significa que é neste grupo etário que se registam as diferenças mais acentuadas entre rapazes e raparigas. Observam-se diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis de bem-estar subjetivo, sendo nas variáveis afetivo-emocionais que as diferenças assumem maior expressão. Os rapazes obtêm níveis mais elevados do que as raparigas quer na componente afetivoemocional, quer na componente cognitivo-valorativa. Aos 16 anos ou mais os valores de *t de student*, que tinham evoluído em crescendo até aos 15 anos, descem. Continuam a verificar-se diferenças estatisticamente significativas intergénero, com valores mais elevados para os rapazes mas, desta feita, estas diferenças só se observam nas variáveis afetivo-emocionais. As variáveis cognitivo-valorativas não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Contrariamente ao apontado pela literatura, aos 11 anos já é possível observar diferenças estatisticamente significativas em âmbito afetivoemocional, sendo que o bem-estar subjetivo percebido pelas raparigas é inferior ao dos rapazes. A influência das práticas sócio-culturais parece estar relacionada com estes dados (Berjano et al., 2008; Traverso-Yépez & Pinheiro, 2005).

As variáveis do bem-estar subjetivo de maior componente afetivoemocional são as que mais se associam às diferenças intergénero quanto à perceção do bem-estar, ao longo das idades da adolescência em estudo. É no grupo etário dos 15 anos que se manifestam diferenças mais profundas intergénero, que se estendem às variáveis de pendor mais cognitivo-valorativo, sendo que os rapazes mostram melhor bem-estar do que as raparigas. No grupo dos 16 anos ou mais já só se observam diferenças estatisticamente significativas entre os sexos masculino e feminino nas variáveis de cariz afetivoemocional. Se os dados recolhidos abarcassem idades posteriores, olhando à literatura em referência, muito provavelmente voltaríamos a encontrar equilíbrio entre géneros na perceção do seu bem-estar (Arita et al., 2005; Ruiz de Azúa, 2007; Berjano et al., 2008; Matos et al., 2007). Para além da influência sócio-cultural nas diferenças de perceção do bem-estar por géneros, talvez não sejam descabidas as questões das alterações biopsicossociais do sexo feminino serem mais acentuadas do que no sexo masculino, e ainda do modo como os rapazes e as raparigas lidam com essas mesmas alterações. Como referem Matos e colaboradores (2003, 2004, 2007), os comportamentos dos adolescentes vincam-se com a idade, com uma tendência para comportamentos de internalização nas raparigas e de exteriorização nos rapazes.

O aumento da idade dos adolescentes corresponde a uma diminuição do bem-estar subjetivo percebido. O ritmo do decréscimo da autoperceção do bem-estar não é linear entre os 11 anos e os 16 anos ou mais, variando consoante as idades em comparação, os géneros e os componentes do bem-estar subjetivo.

Na comparação dos diferentes grupos etários por géneros, é perceptível um decréscimo mais acentuado na perceção do bem-estar subjetivo das raparigas do que dos rapazes em todas as variáveis. É contudo visível, como refere Ceballos (2009), que enquanto nas raparigas a maior quebra na perceção do bem-estar subjetivo ocorre entre os grupos etários de 13 e 15 anos, nos rapazes a quebra mais acentuada situa-se entre o grupo etário dos 15 anos e o grupo dos 16 anos ou mais, com exceção para a variável “felicidade” que, como no sexo feminino, tem a maior quebra entre os grupos de 13 e 15

anos. Nos rapazes, na variável DC_QVRS, entre os 13 e os 15 anos, não se regista qualquer diferença estatisticamente significativa.

Como descreve a maior parte da literatura o grupo de idade mais jovem assinala os índices mais elevados de bem-estar em todas as variáveis consideradas, sendo que, como já referido, os rapazes mostram melhores resultados do que as raparigas nas variáveis de cariz afetivoemocional e níveis mais baixos do que as raparigas nas variáveis de natureza mais cognitivo-valorativa. Estas diferenças intergénero continuam a verificar-se no grupo etário dos 13 anos, embora com menor relevo.

O grupo dos 16 anos ou mais está associado aos índices mais baixos de bem-estar subjetivo em todas as variáveis em estudo. Como já referido enquanto, nas raparigas, entre os 11 e os 15 anos, se notou uma crescente *décalage*, agora, entre os 15 e os 16 anos ou mais, é constatável uma aligeiramento das diferenças ao ponto de nas variáveis “satisfação com a vida” e “felicidade” não se observarem quaisquer diferenças estatisticamente significativas. Os rapazes, entre os 15 e os 16 anos ou mais, agudizam a expressão das diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis, com exceção para a variável “felicidade” onde não se notam diferenças estatisticamente significativas. Isto é afirmado por Ceballos (2009) ao admitir um avanço global das raparigas em cerca de dois anos.

A diminuição dos índices afetivo-emocionais em ambos os géneros é acompanhada pela diminuição dos índices cognitivo-valorativos (inter-influência) à medida que evolui a idade, sendo que a diminuição é mais abrupta nas raparigas e mais suave nos rapazes. Em contrapartida, a partir dos 15 anos as raparigas já mostram abrandamento da descida dos índices de bem-estar seja no componente afetivoemocional, seja no componente cognitivo-valorativo, tal como referem Ceballos (2009) e Azúa e colaboradores (2007 e 2009).

O procedimento estatístico de análise de regressão múltipla com vista a avaliar os fatores preditores das variáveis de bem-estar subjetivo deixa claro que as variáveis de componente cognitivo-valorativo se entrelaçam com as variáveis de componente

afetivoemocional nas percepções do adolescente quanto ao bem-estar. Mais ainda, não parece aceitável considerar variáveis exclusivamente cognitivo-valorativas nem exclusivamente afetivo-emocionais na percepção da saúde positiva, uma vez que um e outro âmbitos assumem lugar próprio nos modelos explicativos, para cada uma das variáveis do presente estudo. Assim, não basta que os educadores reúnam competências sob o ponto de vista cognitivo-valorativo, mas devem cultivar e valorizar as respetivas competências afetivo-emocionais, uma vez que o adolescente, sendo sensível a ambas, dá mais relevo na percepção do bem-estar a estas últimas.

As variáveis afetivo-emocionais do bem-estar subjetivo, destacam-se como o primeiro fator preditor, em quase todas as idades, na percentagem da variância explicada, seja quando se considera a qualidade de vida relacionada com a saúde, seja quando se tomam separadamente os componentes cognitivo-valorativo e afetivoemocional. Como sugere a literatura (Balaguer & Castillo, 2002; Ceballos, 2009; Matos, 2007), os adolescentes atribuem particular relevo ao âmbito afetivoemocional na percepção da sua saúde e do bem-estar.

As variáveis de âmbito cognitivo (SV e DC_QVRS), embora sempre presentes, tendem a surgir como preditores do bem-estar subjetivo dos adolescentes num segundo plano, apesar da satisfação com a vida desempenhar pontualmente funções de primeiro preditor: nos rapazes, aos 11 anos, para explicar a DAE_QVRS e a FEL, e aos 15 anos para explicar DC_QVRS; nas raparigas, aos 15 e 16 anos ou mais, para explicar DC_QVRS e FEL.

Assim, a etapa do ciclo vital chamada adolescência atribui uma importância preponderante à componente afetivoemocional na percepção do seu bem-estar, da sua saúde, da sua realização pessoal, do seu projeto de vida, mas sempre associada, acompanhada e sustentada na componente de cariz cognitivo-valorativo. Sem excluir esta última componente, as opções dos adolescentes por comportamentos saudáveis, promotores de bem-estar, parecem ter uma relação mais forte com variáveis de âmbito afetivoemocional, o que, atendendo à maior estabilidade do âmbito cognitivo e à maior labilidade do âmbito afetivoemocional (Frey & Stutzer, 2004; Lyubomirsky, 2008),

pode querer dizer que os adolescentes tendem a “justificar” as suas opções comportamentais dando prevalência às emoções e sentimentos experimentados em determinados momentos ou circunstâncias.

As variáveis de âmbito afetivoemocional encontram-se na primeira linha, nos primeiros passos, dos fatores preditores das variáveis de âmbito mais prevalentemente cognitivo, mas o contrário já não é verdadeiro, apesar da satisfação com a vida se manifestar sempre nos modelos explicativos. Este aspeto releva o grau de importância da vertente afetivoemocional no desenvolvimento de competências cognitivo-valorativas e do adolescente enquanto pessoa. Os dados demonstram como o investimento em competências afetivas, em competências sociais, em competências emocionais é determinante no desenvolvimento da dimensão cognitiva da saúde e do bem-estar (Frey & Stutzer, 2004; Lyubomirsky, 2008). Não basta transmitir conhecimentos e informações, é preciso fomentar contextos socializadores, relações disponíveis e interessadas em fazer caminho com o adolescente, tempo e espaços de diálogo, competências e laços de vida, projetos de convívio, de diálogo e de partilha, momentos de espontaneidade e informalidade.

Referências Bibliográficas

- Argyle, M. (2001). *La psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Arita, B. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15, 1, pp. 121-126.
- Arita, B., Romano, S., Garcia, N. & Félix, M. (2005). Indicadores Objectivos y Subjetivos de la Calidad de Vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), 93-102.
- Asçi, F., H. (2002). Na investigation of age and gender differences in physical self-concept among Turkish late adolescents. *Adolescence*, 37(146), 365-371.
- Azúa, S. R., Goñi, A. & Madariaga, J. M. (2009). Diferencias en el autoconcepto físico asociadas a la edad y al género. In Alfredo Goñi Granmontagne (Org.), *El*

- Autoconcepto Físico: Psicología Y Educación*. Madrid: Ediciones Pirámide, pp. 113- 125.
- Balaguer, I. & Castillo, I. (2002). Los estilos de vida relacionados con la salud en la adolescencia temprana. In I. Balaguer (Org.), *Estilos de Vida en la Adolescencia*. Valencia: Promolibro, pp. 37-49.
- Ballesteros, B., Medina, A. & Caycedo, C. (2006). El Bienestar Psicológico Definido por Asistentes a un Servicio de Consulta Psicológica en Bogotá. *Universitas Psychologica*, 5(2), 239-258.
- Berjano, R., Foguet, J. & González, A. (2008). El desarrollo de estilos de vida en los adolescentes escolarizados: diferencias entre chicos y chicas. *IberPsicología 2008: 13.1*. Consultado em 27 de julho de 2008 na World Wide Web: <http://psicologia-online/ciopa2001/atividades/57/index.html>.
- Bisegger, C., Cloetta, B., von Rüden, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U. & The European KIDSCREEN Group (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial und Präventivmedizin*, 50, 281-291.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Ceballos, G. (2009). *El adolescente Y sus retos: La Aventura de Hacerse Mayor*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XII(1), 83-96.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. & Lucas, R. (2000). Subjective Emotional Well-being. In M. Lewis & J. M. Haviland (Org.). *Handbook of emotions (2ª ed.)*. New York: Guildford, pp. 19-41.
- Esnaola, I. (2005). Autoconcepto físico y satisfacción corporal en mujeres adolescentes según el tipo de deporte practicado. *Educación Física y Deportes*, 80, 5-12.
- Frey, B. & Stutzer, A. (2004). *Happiness Research: State and Prospects*. Institute for Empirical Research in Economics Working, Paper No. 190. University of Zurich. Consultado em 28 de fevereiro de 2007 na World Wide Web: <http://ssrn.com/abstract=559427>.

- García, M. (2002). El bienestar subjetivo, *Escritos de Psicología*, 6, 18-39.
- Goñi, A., Rodríguez, A. & Ruiz de Azúa, S. (2004). Bien-estar psicológico y autoconcepto físico en la adolescencia y juventud. *Psiquis*, 25(4), 17-27.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La Ciencia de la Felicidad*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Matos, M. & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde. (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro Anos Depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Carvalhosa, S., Simões, C., Branco, J., Urbano, J. & Equipa do Aventura Social e Saúde(2004). *Risco e proteção na adolescência: o adolescente, os amigos, a família e a escola*. Consultado em 25 de fevereiro de 2006 na World Wide Web: <http://www.fmh.utl.pt/>.
- Matos, M., Gonçalves, A., Gaspar, T. (2005) *Aventura social e saúde: prevenção do VIH numa comunidade migrante*. Lisboa: CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. & Equipa do Projeto Aventura Social (2007). *A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em oito anos*. Lisboa: CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- Matos, M. G. & Batista-Foguet, J. M. (2007). Satisfação com a vida, escola, risco e proteção ao longo da adolescência. In Santos, P. S. (Org.), *Temas Candentes em Psicologia do Desenvolvimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rajmil, L., Alonso, J., Berra, S., Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Simeoni, M-C., Auquier, P. & The Kidscreen Group. (2006). Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *Journal of Adolescent Health*, 38, 511-518.
- Ravens-Sieberer ,U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B.M., Bruil, J., et al. (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Sozial - Und Präventivmedizin*, 46, 294-302.
- Rodríguez, A. (2009). Bienestar psicológico y autoconcepto físico. In Alfredo Goñi Granmontagne (Org). *El Autoconcepto Físico: Psicología Y Educación*. Madrid: Ediciones Pirámide, pp. 193- 205.
- Roothman, B., Kirsten, D. & Wissing, M. (2003). Gender differences in aspects of psychological well-being. *South African Journal of Psychology*, 33(4), 212-218.

- Ruiz de Azúa, S. (2007). *Autoconcepto físico: Estructura interna, medida Y variabilidad*. Bilbao: UPV/EHU.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21.
- Simões, M. C. R. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Traverso-Yeppez, M. & Pinheiro, V. (2005). Socialização de género e adolescência. *Revista Estudos Feministas*, 13(1), 147-162.
- Vinaccia, S., Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados com la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectiva s en Psicología*, 1(2), 471-484.
- Yang, H. (2002). Subjective well-being and self-concept of elementary school teachers. *Chinese Mental Health*, 16(5), 322-330.

Estudo 3 – Estatuto Familiar e Autopercepção de Saúde nos Adolescentes³

Resumo

Questiona-se o relevo do estatuto familiar na percepção de saúde dos adolescentes portugueses, nomeadamente no que concerne aos aspetos socioeconómico, sociocultural e ao emprego dos ascendentes. Utilizaram-se os dados da amostra portuguesa do estudo Health Behaviour in School-Aged Children 2006, constituída por 4877 adolescentes, com uma média de idade de 14 anos, 49,6% do género masculino e 50,4% do género feminino. Após análise estatística descritiva, procedeu-se à comparação de médias entre grupos. Os adolescentes com estatuto familiar mais elevado percecionam-se com mais saúde quer no componente cognitivo quer no afetivo. Embora com diferenças entre os géneros, o fator socioeconómico mostra maior impacto geral, apesar do grau de instrução dos ascendentes assumir relevo semelhante no componente cognitivo da saúde. Com o evoluir da idade a influência dos fatores do estatuto familiar tendem a esbater-se. Basta um dos ascendentes estar desempregado para que os adolescentes se percecionem com índices mais baixos de saúde. Este estudo poderá contribuir para delinear estratégias educativas e promotoras da saúde mais adequadas de acordo com o estatuto familiar, a idade e o género dos adolescentes.

Palavras chave: Adolescência; Saúde; Estatuto Socioeconómico; Estatuto Sociocultural; Desemprego.

³ Borges, A., Matos, M. & Diniz, J. (2011). Estatuto Familiar e Autopercepção de Saúde nos Adolescentes. *Temas em Psicologia*, 19(2), 347-360.

Abstract

What importance of family status on health perception of Portuguese adolescents, particularly in regard to socioeconomic aspects, sociocultural and parents' work? That demographic variables (age and gender) in relation to the family status of adolescents, interfere with this self-perception in both the cognitive component as in the affective-emotional? We used data from the Portuguese sample of the study Health Behaviour in School-Aged Children, 2006, consisted of 4877 adolescents with a mean age of 14 years, 49.6% of males and 50.4% female. After statistical analysis, we proceeded to compare means between groups. Adolescents with higher family status perceive themselves in better health both in the affective or cognitive component. Although differences in gender, socio-economic factor shows the greatest overall impact, despite the rising educational level of emphasis take the same cognitive component of health. With the increase of age the influence of family status tend to blur. Just one of the ancestors to be unemployed if they perceive that adolescents with lower rates of health. This study could help devise strategies for education and health promoting more appropriate based on family status, age and gender of adolescents.

Key words: Adolescence, Health, Socioeconomic Status, Sociocultural Status, Unemployment.

Revisão de Literatura

A adolescência é um período do desenvolvimento humano caracterizado por uma sequência acelerada de múltiplas mudanças. A natureza deste processo requer reorganização biológica, cognitiva, emocional e social, de forma a permitir que o indivíduo se consiga adaptar às expectativas e exigências culturais implicadas em converter-se em adulto (Susman & Rogol, 2004). Na qualidade do ajuste do adolescente, na sua saúde e no seu bem-estar assumem particular significado as Características do ambiente, as respostas das pessoas significativas, as oportunidades que se abrem, as expectativas de futuro (Nurmi, 2004; Trallero, 2010).

A pobreza socioeconómica é considerada o marcador mais significativo na aparição de problemas, tanto de saúde física como mental, nos adolescentes. A pertença das crianças e adolescentes a comunidades deprimidas ou a classes sociais baixas repercute-se tanto física como emocionalmente, tanto cognitiva como comportamentalmente, aumentando a morbilidade e mortalidade (Marmot, 2005; Trallero, 2010). A influência negativa da pobreza torna-se evidente durante a infância, intensifica-se ao longo da adolescência e, do âmbito socioeconómico, estende-se ao âmbito sociocultural. Os efeitos mais usuais passam pelo *deficit* nas capacidades cognitivas e verbais, pior rendimento em provas de conhecimentos, maior frequência de retenções/repetições no percurso académico, necessidade de ajudas pedagógicas especiais, maior absentismo escolar, menor finalização dos estudos regulares, menor nível de alcance dos estudos superiores (Najman, Aird, Bor, O'Callaghan, Williams & Shuttlewood, 2004), maior número e mais intensos sintomas depressivos, mais perturbações interiorizadas (emocionais) e exteriorizadas (comportamentais), assim como maior risco de disfunções e enfermidades físicas (Compas, 2004; von Rueden, Gosch, Rajmil, Bisegger, Ravens-Sieberer & the European Kidscreen group, 2006). Nas sociedades estruturadas em classes sociais, cada descida de nível socioeconómico supõe um incremento paralelo de riscos para a saúde geral, com menor satisfação com a vida e pior qualidade de vida relacionada com a saúde (Trallero, 2010).

O persistente estatuto socioeconómico baixo, mantido desde a infância e prolongado na adolescência, constitui um fator de risco estável, atraindo mais consequências negativas para o adolescente do que uma situação transitória, uma vez que significa manter em permanente actuação indutores de *stress* concomitantes (Compas, 2004). A quantidade e gravidade dos problemas de saúde dos indivíduos com estatuto socioeconómico baixo são menores na pré-escola do que no 1º ciclo do ensino básico; os destes são menores do que os do 2º e 3º ciclo do ensino básico; os destes são menores do que os adolescentes do ensino secundário (Compas, 2004; Gaspar, Pais-Ribeiro, Matos & Leal 2008; Simões, 2007; OMS, 2001).

Ao esforço de adaptação do adolescente às mudanças endógenas juntam-se os desafios inerentes a baixos estatutos socioeconómico e sociocultural, que se traduzem em aspetos como menores expectativas de oportunidades, dificuldades de acesso a apoio social, níveis de instrução mais baixos, deficientes comportamentos e hábitos de higiene, crenças indevidamente sustentadas, ambientes insalubres, ausência de modelos na família, dificuldade de acesso a recursos materiais, carência de informações correctas, ausência de boas práticas de cidadania (Esnaola & Iturriaga, 2009; von Rueden et al., 2006; Stansfeld Head, Fuhrer, Wardle & Cattell, 2003; Trallero, 2010). Do outro lado, o estatuto socioeconómico mais elevado encontra eco na melhor percepção do estado de saúde, em resultados cognitivos e socioemocionais mais significativos, na maior satisfação com a vida, numa mais forte consciência de poder recuperar (resiliência), na diminuição dos riscos e experiências negativas, na autopercepção de qualidade de vida mais elevada, na maior percepção de felicidade (Najman et al., 2004; Torsheim, Currie, Boyce, Kalnins, Overpeck & Haugland, 2004; Trallero, 2010).

Ao estatuto familiar ligam-se diferentes abordagens e conceitos, crenças e rituais, atitudes e comportamentos, que se refletem num determinado estilo de vida familiar. Deste modo, o tipo de tarefas atribuídas ao adolescente consoante o género e a idade, a forma de organizar o presente e preparar o futuro, as expectativas e sonhos, as percepções em relação a si próprio e aos contextos próximos, sofre a influência do estatuto familiar (Bisegger et al., 2005; Berjano, Foguet & González, 2008; Traverso-

Yépez & Pinheiro, 2005). As atitudes e crenças do ambiente que rodeia os adolescentes modelam em grande parte os papéis de género, determinam o grau de rigidez ou de flexibilidade com que assumem os respetivos papéis, vinculam o que consideram ser saudável, favorecem estilos de vida mais ou menos saudáveis, que tenderão a prolongar-se na adultícia (Galambos, 2004; Trallero, 2010).

A quase totalidade dos estudos mostra que os níveis de qualidade de vida relacionada com a saúde, de satisfação com a vida e de bem-estar observados nas idades mais jovens são mais elevados do que os observados nas idades mais avançadas dos adolescentes (Berjano et al., 2008; Bisegger et al., 2005; Matos, Gonçalves & Gaspar, 2005). Do mesmo modo, tendem a indicar valores mais elevados em adolescentes do género masculino do que do género feminino, embora esta diferença não seja tão clara nas idades mais jovens dos adolescentes (Arita, Romano, García, & Félix, 2005; Berjano et al., 2008; Bisegger et al., 2005; Matos, Simões, Tomé, Gaspar, Camacho, Diniz & Equipa do Projeto Aventura Social, 2007).

Em consonância com a Organização Mundial de Saúde (1948), entende-se a saúde como satisfação com a vida, felicidade, bem-estar ou qualidade de vida relacionada com a saúde, seguindo a proposta comumente aceite dos componentes afetivo e cognitivo (Diener, 1984; Frisch, 2006; Hervás, Sánchez & Vázquez, 2008; Lyubomirsky, 2008). Os componentes afetivo e cognitivo estão simultaneamente implicados na autoperceção de saúde, com influências e condicionamentos mútuos. O componente afetivo é mais pontual e variável do que o componente cognitivo. (Arita et. al., 2005; Arthaud-Day, Rode, Mooney & Near, 2005; Bisquerra, 2008; Costa & Pereira, 2007; Espinosa, 2004; Frey & Stutzer, 2004; Lyubomirsky, 2008).

O presente estudo centra-se na avaliação do impacto do estatuto familiar na perceção de saúde dos adolescentes portugueses. O estudo focalizou também a associação entre o estatuto familiar e os componentes cognitivo e afetivoemocional da saúde percebida pelos adolescentes, para o género e para a idade. A pesquisa orientou-se procurando saber em que idade e género o estatuto familiar influi mais na perceção de saúde dos

adolescentes, quais os componentes do estatuto familiar (socioeconómico, sociocultural, emprego) com maior associação com a saúde, qual a evolução do impacto dos componentes do estatuto familiar segundo o género e a idade, qual dos componentes de saúde é mais influenciado pelos fatores do estatuto familiar.

Atendendo à literatura são esperadas associações entre os fatores do estatuto familiar e a perceção de saúde dos adolescentes. Este estudo poderá contribuir para aprofundar o conhecimento dos adolescentes, para fomentar programas de promoção da saúde em zonas mais desfavorecidas, para fundamentar decisões políticas em relação a populações de estatuto socioeconómico baixo, para suportar desenhos de intervenção com pais e com adolescentes no âmbito da saúde, para fornecer dados a técnicos de educação e de saúde de forma a contextualizarem melhor as respetivas atividades.

Método

Amostra

A amostra é constituída por 4877 indivíduos, um grupo representativo (3.7%) da frequência das escolas públicas em Portugal Continental, 49.6% do género masculino, com idades entre 10 e 18 anos, média de 14 anos e desvio padrão de 1.89.

Considerando as orientações da *Family Affluence Scale* (FAS), escala destinada a indicar o nível socioeconómico dos participantes (Boyce, Torsheim, Currie, & Zambon, 2006), 11.2% da amostra corresponde ao grupo socioeconómico baixo, 49% ao grupo socioeconómico médio e 39.7% ao grupo socioeconómico alto. Quanto à escolaridade dos ascendentes, 23.9% nunca estudou ou tem o 1º ciclo do ensino básico, 36.8% possui o 2º/3º ciclo do ensino básico, 20.3% concluiu o ensino secundário e 19.1 % concretizou pelo menos um curso superior. Ao nível do emprego, 68.5% da amostra têm pai e mãe empregados, 27.6% tem um dos ascendentes desempregado e 3.9% têm ambos os progenitores desempregados.

Medidas

Os dados do presente estudo resultam da aplicação do questionário *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC 2006), tendo sido selecionadas as questões relacionadas com a saúde percebida pelo adolescente e com os estatutos sociocultural e socioeconómico das famílias. Para a saúde foram tomados os itens da qualidade de vida relacionada com a saúde, da satisfação com a vida e da felicidade. Para o estatuto familiar tomou-se o grau de instrução dos ascendentes e os indicadores do estatuto socioeconómico da família, incluindo a situação laboral dos ascendentes.

A qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) foi medida pela *Kidscreen 10*, com um índice de consistência interna *alfa de Cronbach* de .77, sendo que os autores a propõem para avaliar uma característica unidimensional global de saúde (Rajmil, et al., 2006). Os 10 itens da escala (se se sentiu bem e em forma, se se divertiu com os amigos, se se sentiu triste, se foi bom aluno na escola, se foi capaz de prestar atenção...) convidam o adolescente a situar-se na última semana e a responder numa escala de *Likert* de cinco pontos entre “nada” e “totalmente” (Rajmil et al., 2006). Como referem Borges, Matos e Diniz (2011), a análise fatorial confirmatória com rotação *varimax* aos itens da medida decifrou dois fatores: o primeiro explicou 27.78% da variância e integrou 7 itens relacionados com o componente afetivoemocional (AE_QVRS), tendo obtido um índice de consistência interna *alfa de Cronbach* de .77; o segundo explicou 18.57% da variância e incluiu 3 itens relacionado com o componente cognitivo (CO_QVRS), tendo obtido um índice de consistência interna *alfa de Cronbach* de .64.

A satisfação com a vida (SV) foi medida com a escala de Cantril (1965), representada graficamente como uma escada, onde o degrau “10” corresponde à “melhor vida possível” e o degrau “0” representa a pior vida possível; foi solicitado que os adolescentes assinalassem o degrau que melhor descrevia o que sentiam naquele momento.

A medida de felicidade (FEL) traduz-se numa escala de *Likert* de quatro pontos, cujos extremos opostos são “sinto-me infeliz” e “sinto-me muito feliz”, tendo-se convidado os adolescentes a indicar o grau de felicidade que sentiam em relação à vida naquele momento.

O estatuto sociocultural foi avaliado segundo a Classificação Standard Internacional de Educação, adoptada pela Conferência Geral da Unesco, em 1997. Questiona-se o nível de instrução dos ascendentes (mãe e pai e/ou encarregados de educação), tendo-se seleccionado para análise o nível mais elevado de instrução dos Encarregados e Educação. No presente estudo consideraram-se quatro níveis de estatuto sociocultural: nunca estudou ou possui o 1º ciclo do ensino básico, tem o 2º/3º ciclos do ensino básico, completou o ensino secundário, concluiu o ensino superior.

O estatuto socioeconómico foi medido pela *Family Affluence Scale* (FAS), escala estudada e validada a nível individual, nacional e transnacional (35 países) de modo a que crianças e adolescentes reportassem de forma válida o nível socioeconómico das respetivas famílias (Boyce et al., 2006). A escala é constituída por quatro itens correlacionados significativamente entre si, que refletem recursos materiais da família: a posse de carro, a propriedade de computador, o número de férias por ano, o ter quarto próprio. A soma das respostas a estes itens dá origem a três níveis socioeconómicos: baixo (pontuação entre 4 e 6), médio (pontuação entre 7 e 9) e alto (pontuação entre 10 e 13).

Foi perguntado aos adolescentes se as figuras parentais tinham emprego ou não, dando-se ainda a hipótese de responderem se não sabiam. Estes dados deram origem a três grupos: os dois com emprego, um com emprego, os dois desempregados.

Procedimento

O presente trabalho é fundamentalmente um estudo descritivo e correlacional de carácter transversal, numa amostra representativa da população das escolas públicas em Portugal continental, no 6º, 8º e 10º anos de escolaridade.

A unidade de análise foi a turma. Primeiro as escolas e depois as turmas foram seleccionadas aleatoriamente até se obter uma amostra representativa da população escolar, com uma percentagem de 3.7% do número de alunos. Obtidas as necessárias autorizações do Ministério da Educação e das Direções Regionais de Educação, contactaram-se e enviaram-se os questionários para as escolas (Matos et al., 2007). Salvaguardou-se o anonimato, as autorizações parentais e demais recomendações éticas em vigor no Ministério da Educação para estudos deste género. De acordo com o protocolo, foram os professores que, durante o mês de janeiro de 2006, administraram os questionários em sala de aula, sendo a participação dos alunos voluntária. As informações obtidas foram introduzidas numa base de dados do programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 18.0 para *Windows*, para a respetiva análise e tratamento estatístico.

Verificada a distribuição normal dos resultados foram individualizadas cinco variáveis de saúde que, de acordo com a literatura, se consideraram em três âmbitos: o âmbito da percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS); o âmbito da percepção afetivoemocional da saúde (AE_QVRS e FEL); o âmbito da percepção cognitiva da saúde (CO_QVRS e SV). No estatuto familiar definiram-se os níveis socioeconómicos segundo as orientações dos autores (Boyce et al., 2006), os níveis socioculturais dos ascendentes, e os grupos relativos à situação laboral dos pais.

Os participantes foram organizados em quatro grupos etários: o grupo dos 11 anos, a que corresponderiam os alunos do 6º ano (21.3% da amostra); o grupo dos 13 anos, a que corresponderiam os alunos do 8º ano (30.2% da amostra); o grupo dos 15 anos, a que corresponderiam os alunos do 10º ano (33.1% da amostra); e o grupo dos 16 anos ou mais (15.3% da amostra), a que corresponderiam alunos com história de retenção escolar ou que, eventualmente, teriam entrado mais tarde no sistema de ensino.

Tomaram-se como variáveis independentes os grupos referentes ao estatuto familiar e como variáveis dependentes as variáveis de saúde percebida pelos adolescentes. Para além da análise descritiva, procedeu-se à comparação de médias (*Anova*), com o objetivo de se analisar as diferenças significativas para as variáveis dependentes; a regressão logística quis verificar o relevo das variáveis da autoimagem corporal num possível modelo explicativo da saúde dos adolescentes. Nas comparações *post-hoc* adoptou-se o método *Tukey* para os homogéneos e método *Games-Howell* para os heterogéneos (Moroco, 2007). Os casos das famílias monoparentais, dos adolescentes institucionalizados e das respostas que não respeitaram as indicações do protocolo foram considerados *missing values*, não tendo integrado a análise estatística,

Atendendo à revisão de literatura são esperadas diferenças significativas para as variáveis de saúde quando relacionadas com o estatuto familiar: estatuto socioeconómico e sociocultural e emprego. Espera-se que quanto mais elevado for o estatuto familiar melhor será a perceção de saúde dos adolescentes. Além disso prevê-se que o estatuto das famílias tenha maior impacto sobre o componente cognitivo da saúde do que sobre o componente afetivo da saúde.

Resultados

Como é observável na tabela 1, o nível de instrução dos ascendentes mostrou relação com a saúde percebida pelos adolescentes. Os adolescentes do grupo de ascendentes que nunca estudou ou que frequentou a escola até ao 1º ciclo do ensino básico evidenciaram médias mais baixas, com diferenças estatisticamente significativas, em todas as variáveis de saúde. Os dados mais elevados das variáveis de saúde foram percebidos pelos adolescentes cujos ascendentes têm nível de instrução superior, com exceção para a variável afetivoemocional em que o grupo com média mais elevada foi o dos pais com o 2º/3º ciclo. Na comparação entre os grupos de adolescentes cujas figuras parentais possuem o 2º/3º ciclo e o ensino secundário, a análise *post-hoc* pelo método mais adequado, não mostra diferenças estatisticamente significativas quanto à perceção de saúde, com exceção para a variável afetivoemocional, que obteve valores mais elevados,

estatisticamente significativos, do que o grupo de pais com o ensino secundário. O valor de “F” diz que o nível de instrução dos ascendentes tem uma maior associação com as variáveis de pendor cognitivo do que com as variáveis afetivo-emocionais.

Tabela 17 – Diferenças entre o nível de instrução dos pais em relação à percepção de saúde dos adolescentes

ANOVA	<i>Nunca estudou / 1º Ciclo</i> (n=1126)		<i>2º/3º Ciclo</i> (n=1737)		<i>Secundário</i> (n=957)		<i>Curso Superior</i> (n=901)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS	38.04	5.67	39.04	5.46	38.78	5.32	39.34	5.73	10.51***
AE_QVRS	27.36	4.56	27.99	4.31	27.63	4.30	27.80	4.54	4.59**
Felicidade	3.02	.74	3.07	.69	3.04	.67	3.13	.71	4.55**
CO_QVRS	10.68	2.13	11.03	2.03	11.12	1.98	11.46	2.09	24.41***
Satisfação Vida	7.04	2.04	7.34	1.86	7.33	1.81	7.55	1.90	12.42***

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Satisfação Vida = Satisfação com a Vida.

Quando os dados foram abordados por géneros constatou-se, igualmente, que quanto mais elevada a instrução dos ascendentes maior a percepção de saúde dos adolescentes, sobretudo nas variáveis de pendor cognitivo: no género feminino foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de instrução das figuras parentais para a qualidade de vida relacionada com a saúde [$F(3; 2286) = 7.107$; $p = .000$], para a variável afetivoemocional [$F(3; 2312) = 2.770$; $p = .040$], para a variável felicidade [$F(3; 2369) = 3.748$; $p = .011$], para a variável cognitiva [$F(3; 2364) = 15.367$; $p = .000$] e para a variável satisfação com a vida [$F(3; 2379) = 10.621$; $p = .000$]; no género masculino foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de instrução das figuras parentais para a variável cognitiva [$F(3; 2187) = 9.133$; $p = .000$] e para a variável satisfação com a vida [$F(3; 2291) = 2.693$; $p = .045$]. Nas análises *post-hoc* pelo método mais adequado, salienta-se que quanto mais elevado o nível de instrução das figuras parentais, melhor é a percepção de saúde dos

adolescentes. Os valores de “F”, na comparação entre os grupos do nível de instrução dos ascendentes, são mais elevados no género feminino do que no género masculino, e mais elevados nas variáveis cognitivas do que nas afetivo-emocionais.

A comparação das médias entre os diferentes grupos de instrução dos ascendentes na relação com as variáveis de saúde, com base nas faixas etárias, relata que o nível de instrução dos ascendentes obtém uma relação mais elevada com as idades mais jovens dos adolescentes (faixas etárias dos 11 e 13 anos). Na faixa etária dos 15 anos, embora ainda se observem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis cognitivas entre o grupo de ascendentes que nunca estudou ou que fez o 1º ciclo e o grupo de ascendentes com curso superior, nas variáveis afetivo-emocionais já não são visíveis diferenças inter-grupos. Na faixa etária dos 16 anos ou mais, no geral, já não observam associações estatisticamente significativas, na relação entre níveis de instrução dos ascendentes e a percepção de saúde dos adolescentes.

O nível socioeconómico dos ascendentes mostrou associação com a saúde percebida pelos adolescentes em todas as variáveis em análise, com valores mais elevados nas variáveis de índole cognitiva. Na amostra geral, a análise *post-hoc*, pelo método mais adequado, mostrou que o grupo de nível socioeconómico mais elevado evidenciou índices mais altos, com diferenças estatisticamente significativas, em todas as variáveis, do que o grupo socioeconómico médio e do que o grupo socioeconómico baixo. Também o grupo socioeconómico médio obteve índices de saúde mais elevados, estatisticamente significativos, quando comparado com o grupo socioeconómico baixo, com exceção para a componente afetivoemocional onde não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos.

Tabela 18 – Diferenças entre os níveis socioeconómicos em relação à percepção de saúde dos adolescentes

ANOVA	FAS baixo (n=528)		FAS médio (n=2301)		FAS alto (n=1866)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS	37.59	5.76	38.56	5.61	39.44	5.30	26.28***
AE_QVRS	27.06	4.59	27.55	4.47	28.14	4.24	15.46***

Felicidade	2.94	.76	3.02	.70	3.15	.67	26.11***
CO_QVRS	10.55	2.20	10.98	2.08	11.26	1.97	26.29***
Sat.Vida	6.70	2.09	7.22	1.94	7.57	1.77	47.55***

ANOVA	FAS baixo (n=306)		FAS médio (n=1165)		FAS alto (n=913)		F
	♀		♀		♀		
	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS	36.63	5.81	37.63	5.80	38.87	5.42	21.19***
AE_QVRS	26.20	4.64	26.68	4.61	27.54	4.32	13.51***
Felicidade	2.81	.76	2.96	.70	3.12	.66	26.58***
CO_QVRS	10.43	2.27	10.98	2.10	11.29	1.98	19.98***
Sat.Vida	6.60	2.07	7.18	2.01	7.56	1.81	28.81***

ANOVA	FAS baixo (n=222)		FAS médio (n=1136)		FAS alto (n=953)		F
	♂		♂		♂		
	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS	38.86	5.44	39.51	5.22	39.98	5.12	4.69**
AE_QVRS	28.20	4.26	28.45	4.13	28.72	4.07	1.85n.s.
Felicidade	3.12	.72	3.09	.70	3.18	.68	4.32*
CO_QVRS	10.70	2.08	10.99	2.05	11.22	1.97	7.21***
Sat.Vida	6.84	2.10	7.26	1.88	7.59	1.73	17.95***

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

Sat. Vida = Satisfação com a Vida.

A análise de dados dos três grupos socioeconómicos com base no género, revelou comportamentos diferentes para o género masculino e para o género feminino. O género feminino, tal como a amostra geral, mostrou diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos socioeconómicos, com a análise *post-hoc*, pelo método mais adequado, a mostrar as adolescentes do grupo socioeconómico mais altos a percecionarem-se com índices mais elevados de saúde do que os outros grupos em todas as variáveis consideradas; também o grupo socioeconómico médio obteve índices de saúde mais elevados, estatisticamente significativos, quando comparado com o grupo socioeconómico baixo. O género masculino não obteve diferenças estatisticamente significativas na variável afetivoemocional, nem entre os grupos baixo e médio das

variáveis qualidade de vida relacionada com a saúde, felicidade e componente cognitivo.

Analísaram-se ainda os dados da relação entre os grupos socioeconómicos e as variáveis de saúde a partir da perspectiva da faixa etária. Obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas aos 11, aos 13 e aos 15 anos entre os três grupos de nível socioeconómico, sendo que os adolescentes do grupo socioeconómico alto se perceberam com índices mais elevados em todas as variáveis consideradas para a saúde. Na faixa etária dos 16 ou mais anos, os adolescentes do grupo socioeconómico alto perceberam-se com índices mais elevados e estatisticamente significativos nas variáveis felicidade e satisfação com a vida mas só quando comparado com o grupo socioeconómico baixo; na qualidade de vida relacionada com a saúde, e nas variáveis afetivoemocional e cognitiva não se observam diferenças entre os grupos socioeconómicos. Entre as quatro faixas etárias consideradas no estudo as médias das variáveis vão decrescendo à medida que a faixa etária em análise é mais elevada.

Ainda no âmbito socioeconómico, os dados foram abordados na relação entre a situação laboral dos ascendentes e as variáveis de saúde. Os adolescentes do grupo em que os ascendentes estão os dois empregados obtiveram médias mais elevadas nas variáveis de saúde do que os adolescentes em que apenas um dos ascendentes tem emprego e do que o grupo de adolescentes em que ambos os ascendentes estão desempregados. As comparações *post-hoc* pelo método mais adequado, mostraram diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis entre o grupo em que ambos os ascendentes estão empregados e o grupo em que ambos os ascendentes estão desempregados. Nas variáveis de componente cognitiva o grupo em que ambos os ascendentes estão empregados também registou níveis mais elevados e estatisticamente significativos em relação ao grupo em que apenas um dos ascendentes está empregado. Entre o grupo em que ambos os ascendentes estão desempregados e o grupo em que um tem emprego obtêm-se diferenças estatisticamente significativas na variável satisfação com a vida.

Tabela 19 – Diferenças entre os grupos de emprego dos encarregados de educação em relação à percepção de saúde dos adolescentes

ANOVA	2 com emprego (n=3127)		1 sem emprego (n=1258)		2 sem emprego (n=180)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS	39.03	5.35	38.55	5.61	37.48	6.52	8.71***
AE_QVRS	27.86	4.28	27.62	4.46	26.82	5.21	5.30**
Felicidade	3.08	.67	3.03	.73	2.97	.84	4.37*
CO_QVRS	11.14	2.03	10.92	2.09	10.60	2.14	9.49***
Sat. Vida	7.38	1.83	7.23	1.97	6.84	2.25	8.50***

ANOVA	2 com emprego (n=1545) ♀		1 sem emprego (n=656) ♀		2 sem emprego (n=108) ♀		F ♀
	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS	38.26	5.51	37.73	5.90	36.62	6.66	5.15**
AE_QVRS	27.09	4.39	26.82	4.69	26.07	5.27	2.90n.s.
Felicidade	3.03	.66	2.97	.73	2.87	.87	3.67*
CO_QVRS	11.15	2.02	10.90	2.18	10.52	2.19	7.11***
Sat. Vida	7.33	1.88	7.19	2.04	6.76	2.35	4.76**

ANOVA	2 com emprego (n=1582) ♂		1 sem emprego (n=602) ♂		2 sem emprego (n=72) ♂		F ♂
	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS	39.79	5.07	39.48	5.13	38.72	6.16	2.00n.s.
AE_QVRS	28.61	4.04	28.50	4.00	27.94	4.94	.98n.s.
Felicidade	3.14	.67	3.10	.72	3.12	.79	.67n.s.
CO_QVRS	11.13	2.04	10.95	1.98	10.73	2.08	2.62n.s.
Sat. Vida	7.42	1.78	7.26	1.90	6.96	2.11	3.45*

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Sat. Vida = Satisfação com a Vida

O estudo da relação entre a situação laboral dos ascendentes e a autopercepção de saúde por parte dos adolescentes, atendendo ao género, mostrou: no género masculino não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, salvo no que toca à satisfação com a vida [$F(2; 2231) = 3.453$; $p = .032$], com o grupo com ambos empregados a mostrar níveis de satisfação com a vida mais elevados ($M=7.42$ $DP=1.78$) do que o grupo com ambos desempregados ($M=6.96$ $DP=2.11$); no género

feminino são constatáveis diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis com exceção para a variável afetivoemocional: na qualidade de vida relacionada com a saúde [$F(2; 2207) = 5.151$; $p = .006$], na felicidade [$F(2; 2267) = 3.674$; $p = .026$], na variável cognitiva [$F(2; 2278) = 7.117$; $p = .001$], na satisfação com a vida [$F(2; 2289) = 4.768$; $p = .009$]. No género feminino, o grupo em que ambos os ascendentes estão empregados obtém médias mais elevadas e estatisticamente significativas, quando comparado com os grupos de adolescentes com ascendentes desempregados. Entre os grupos em que um dos ascendentes está desempregado e em que os dois estão desempregados não se observam diferenças estatisticamente significativas.

Foi efectuada uma análise de regressão múltipla pelo método stepwise, com o objetivo de avaliar os fatores preditores das variáveis de saúde para o total da amostra e para os géneros. Foram introduzidas como possíveis variáveis independentes predictoras as variáveis que, na análise de correlações, evidenciaram associações estatisticamente significativas com as variáveis de saúde.

Tabela 20 – Fatores preditores de Bem-Estar para a amostra total e para os géneros (análise de regressão linear)

		Amostra Total				Género Masculino				Género Feminino			
VD	Vis	P	R ² Aj.	β	t	P	R ² Aj.	β	t	P	R ² Aj.	β	t
QVRS	FAS	1	.017	.131	8.461***	1	.007	.088	3.941***	1	.024	.155	7.223***
% V. Explic			1.7%				0.7%				2.4%		
AE_QVRS	FAS	1	.011	.104	6.740***	1	.003	.081	3.361***	1	.016	.127	5.925***
	IP	2				2	.002	.057	2.376*	2			
% V. Explic			1.1%				.5%				1.6%		
Felicidade	FAS	1	.018	.133	8.783***	1	.005	.077	3.532***	1	.031	.176	8.376***
% V. Explic			1.8%				.5%				3.1%		
CO_QVRS	FAS	1	.015	.090	5.468***	2	.004	.070	2.952**	1	.020	.109	4.704***
	IP	2	.004	.079	4.751***	1	.009	.073	3.078**	2	.005	.084	3.627***

% V. Explic			1.9%				1.3%				2.5%		
Sat. Vida	FAS	1	.028	.168	11.150***	1	.023	.154	7.149***	1	.031	.177	8.455***
% V. Explic			2.8%				2.3%				3.1%		

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

Sat. Vida = Satisfação com a Vida;

VD = Variável Dependente;

P = Passos;

Vis = Variáveis Independentes;

R² Aj. = R² Ajustado;

FAS = *Family Affluence Scale*;

IP = Instrução dos pais.

Como se pode ver na tabela 4, os resultados obtidos mostram a variável independente “socioeconómica” (*Family Affluence Scale*) como a primeira variável independente encontrada na preditibilidade das variáveis de saúde em estudo, seguida da variável independente “instrução dos pais”, sobretudo para a variável cognitiva. A variável independente “situação laboral dos pais” não mostrou preditibilidade para nenhuma das variáveis de saúde. A percentagem explicada de variância do modelo, na totalidade da amostra, situa-se entre 1.1% para a felicidade e 2.8% para a satisfação com a vida; no género masculino, situa-se entre .5% para a felicidade e 2.3% para a satisfação com a vida; no género feminino, situa-se entre 1.6% para a componente afetivoemocional da qualidade de vida relacionada com a saúde e 3.1% para a felicidade e satisfação com a vida.

Discussão dos resultados

Tal como esperado, numa olhar transversal, é observável que os adolescentes que fazem parte de famílias com nível socioeconómico mais elevado, com maior grau de instrução e com ascendentes empregados referem mais saúde, com autoperceção mais elevada no componente afetivoemocional e no componente cognitivo da saúde. Em contrapartida

os adolescentes do grupo de ascendentes com nível socioeconómico mais baixo, com menor grau de instrução e com desemprego percebem-se com menos saúde. Pode-se assim concluir que o emprego, os níveis socioeconómicos mais elevados e os níveis de instrução mais alta das figuras parentais fazem bem à saúde dos próprios e dos seus adolescentes. Considerando a saúde pública e o âmbito nacional, porventura a melhor forma de promover a saúde dos adolescentes seja incentivar e criar condições para que as figuras parentais obtenham níveis de instrução e qualificações académicas mais elevadas, de forma a poder aceder a empregos com remunerações mais elevadas, podendo dessa forma melhorar os respetivos níveis socioeconómicos. Com efeito, como referem numerosos autores (Compas, 2004; Esnaola & Iturriaga, 2009; Gaspar et al., 2008; von Rueden et al., 2006; Simões, 2007), os adolescentes que convivem diariamente com baixo nível socioeconómico, reduzidos níveis de instrução das figuras parentais e, tantas vezes, desemprego familiar, vêm juntar às alterações biopsicossociais próprias desta fase da vida outras adversidades inerentes ao estatuto familiar, que são fatores acrescidos e concomitantes de *stress* suscetíveis de constituírem desencadeantes de perturbações emocionais, cognitivas e comportamentais de vária ordem (Trallero, 2010).

O grau de instrução dos ascendentes condiciona a percepção de saúde dos adolescentes sobretudo no componente cognitivo, sendo que os resultados mais baixos se encontram associados ao grupo que nunca estudou ou que possui o 1º ciclo do ensino básico. Esta situação também poderá ter um efeito cumulativo uma vez que os filhos de famílias com baixos níveis de escolaridade tendem a considerar os aspetos da saúde como última prioridade e tendem a não valorizar a escola como um investimento em relação ao futuro. Em sentido contrário, pode depreender-se que quanto mais elevada a escolaridade das figuras parentais, mais competências educativas, maior investimento em estilos de vida saudáveis, maior incentivo para que os adolescentes desenvolvam as suas competências e conhecimentos em âmbito académico (Esnaola & Iturriaga, 2009; Lyubomirsky, 2008). Como refere a literatura (Hervás, Sánchez, & Vázquez, 2008; Matos & Sampaio, 2009; Trallero, 2010) o grau de escolaridade tem relação próxima com as expectativas de vida, com as oportunidades abertas, com os hábitos, com as

regras e competências desenvolvidas, com as estratégias para lidar com adversidades, com a criatividade, com o desenvolvimento moral e cidadania, com as regras de vida.

O estatuto socioeconómico também está associado à percepção de saúde dos adolescentes, tanto nos fatores emocionais como cognitivos, sendo que quanto mais elevados os recursos económicos da família, maiores são os índices de saúde percebida pelos adolescentes. Como já se descreveu, estes resultados têm a ver com aspirações, expectativas e objetivos futuros, alternativas de opções, maior acesso a recursos que possam favorecer a qualidade das vivências quotidianas (Najman et al., 2004; Torsheim et al., 2004; Trallero, 2010). Estes resultados mostram também que ao estatuto socioeconómico se junta o estatuto sociocultural da família – estando provavelmente um correlacionado com o outro – no significativo impacto na percepção de saúde dos adolescentes. Os pais com mais privações económicas tendem a ter filhos com mais baixas percepções de saúde.

Estes resultados alertam, de forma veemente, para a importância do incentivo da escolaridade e do bem-estar económico, como estratégia política para promover a saúde adolescente e o seu bem-estar. De acordo com este estudo encontrar formas de aumentar a escolaridade parental deveria ser uma das metas das políticas de saúde, não apenas por razões de justiça social e de proporcionar “igualdade de oportunidades”, mas igualmente como meio de favorecer a percepção da saúde dos adolescentes e de melhorar estilos de vida e hábitos de saúde das gerações futuras.

Na percepção da saúde por géneros observam-se resultados diferentes, sendo que o género feminino manifesta maior sensibilidade ao contexto socioeconómico (também emprego/desemprego dos pais) e sociocultural da família tanto na vertente cognitiva quanto na vertente afetivoemocional: o grupo das adolescentes de famílias com maior estatuto socioeconómico e sociocultural percebe-se com índices mais elevados e estatisticamente significativos de qualidade de vida e de bem-estar relativamente às adolescentes dos grupos de níveis socioeconómico e sociocultural médio e baixo. Por sua vez o género masculino, embora obtenha diferenças estatisticamente significativas

na percepção da componente cognitiva da respetiva saúde, na componente afetivoemocional da percepção de saúde não regista diferenças. Parece que ambos os géneros fazem análises cognitivas semelhantes da realidade socioeconómica e sociocultural da família, mas é o género feminino que internaliza e reflete mais essas análises, com consequências no respetivo sentir afetivoemocional. Como escrevem Galambos (2004) e Trallero (2010), as adolescentes tendem a manifestar-se menos optimistas, mais sensíveis, mais racionais e reflexivas, mais propensas a internalizar emoções associadas às cognições. Por seu lado os adolescentes tendem a centrar-se mais no exterior, na ação e a não atribuir carga emocional à percepção cognitiva. Como é óbvio, estas Caraterísticas têm consequências nos aspetos emocionais e na própria percepção de saúde de um e de outro género.

O grau de instrução, o nível socioeconómico da família e a percepção de saúde dos adolescentes nas idades mais jovens mostram associação com os fatores emocionais e cognitivos da saúde, tendendo a esbater-se com o evoluir da idade, sobretudo aos 16 anos ou mais, primeiro nas variáveis afetivo-emocionais e depois também nas variáveis cognitivas. Na discussão destes resultados é importante ter presente que a escolaridade obrigatória em Portugal se prolonga apenas até ao 9º ano de escolaridade e à idade dos 15 anos. Além disso, não obstante o enquadramento legal, há famílias que não motivam as crianças e adolescentes para a escola. Este facto sugere que quando os pais e professores não são suficientemente relevantes no apoio das crianças e dos adolescentes, estes têm maior dificuldade num crescimento saudável (Susman & Rogol, 2004; Trallero, 2010). Ao mesmo tempo, estes resultados fazem perceber como é importante a escola encontrar estratégias criativas de motivação, de envolvimento e de desenvolvimento de competências das crianças e adolescentes com estatuto familiar mais baixo, de modo a que as novas gerações sejam promovidas e não fiquem abandonadas à reprodução de hábitos, crenças, atitudes e comportamentos das gerações anteriores.

O emprego dos ascendentes relaciona-se diretamente com os recursos financeiros da família, com o seu equilíbrio e logo com o estatuto socioeconómico familiar. Como tal,

o desemprego dos ascendentes tem impacto na percepção de saúde dos adolescentes, bastando para isso que um esteja desempregado. Com efeito, o estudo mostra que não há grandes diferenças na percepção de saúde dos adolescentes entre o grupo que tem os dois ascendentes desempregados e o grupo que tem um desempregado. As diferenças na percepção de saúde dos adolescentes tornam-se claras, seja no componente afetivo seja no componente cognitivo, quando se comparam os adolescentes do grupo de ascendentes empregados com os dos grupos de ascendentes com situações de desemprego (quer atinja um ou ambos os ascendentes). O desemprego involuntário é sempre um flagelo social e tem relação directa com a redução dos recursos materiais de uma família, com alterações do humor e ambiente familiar, com a saúde percebida tanto somática como mentalmente. O desemprego involuntário tem consequências inevitáveis no todo familiar, nas expectativas, nos ritmos de vida familiar, no acesso ao sistema de saúde do país, na manutenção de hábitos saudáveis (higiene oral, lazer e tempos livres, etc.). O adolescente, mesmo quando não tem de entrar precocemente no mundo do trabalho, com o conseqüente abandono da escolaridade, acaba sempre por ser negativamente afetado e por ter consequências na respetiva percepção de saúde. Se o desemprego dos ascendentes for persistente, então, como relata Compas (2004), poderá atrair mais consequências para o adolescente do que uma situação transitória, uma vez que corresponderá a manter em permanente actuação indutores de *stress* concomitantes, com menores expectativas de futuro e de acesso a bens materiais.

É interessante observar que os adolescentes do grupo de pais com o 2º/3º ciclos do ensino básico se percecionam com índices mais elevados no componente afetivoemocional do que os adolescentes cujos ascendentes concluíram o ensino secundário, verificando-se o mesmo no género masculino, quando se compara o grupo do 2º/3º ciclos com o grupo do ensino superior. Como é óbvio, estes dados carecem da confirmação de outros estudos tanto em Portugal como noutros países. Em todo o caso, este achado obriga à reflexão, uma vez que o estudo deixa perceber que os níveis mais elevados de escolaridade dos pais podem afetar negativamente a felicidade dos adolescentes. As razões poderão ser múltiplas, tais como maior envolvimento na carreira profissional e na vida social, dificuldade de conjugar tempo para estar com os

filhos, monitorização (controlo) mais apertada, metas escolares mais elevadas e exigentes, intenso calendário de atividades que não permitem o adolescente desfrutar dos seus gostos pessoais, de tempo, de música, de desportos e outros. A confirmarem-se estes dados em ulteriores estudos, coloca-se uma importante questão às políticas educativas e de saúde: por um lado, como incrementar o nível de escolaridade parental e por outro lado, como proteger os níveis mais elevados de escolaridade dos efeitos negativos, de modo a promover a percepção de saúde dos adolescentes, favorecendo a sua satisfação com a vida, a sua felicidade, a sua qualidade de vida e o seu bem-estar.

Finalmente, a análise de regressão múltipla permitiu avaliar o peso preditor dos fatores do estatuto familiar em estudo num possível modelo explicativo da saúde dos adolescentes portugueses. Antes de mais, as percentagens de variância explicada pelos fatores do estatuto familiar para as diferentes variáveis de saúde são baixas, o que significa que os fatores do estatuto familiar, apesar de terem impacto na saúde dos adolescentes, mostram um potencial preditor baixo.

É o fator socioeconómico que assume maior relevo na predição de todas as variáveis de saúde. O nível de instrução dos pais só mostra alguma preditibilidade na variável cognitiva da saúde e na felicidade do género masculino. A situação laboral das figuras parentais não mostra qualquer impacto na explicação do modelo de saúde adolescente. Se por um lado isto quer dizer que o estatuto familiar explica apenas uma pequena parte da saúde dos adolescentes, por outro lado quer dizer que políticas que fomentem um melhor estatuto familiar produzem efeito na saúde percebida pelos adolescentes. E a principal via para conseguir este crescendo do estatuto familiar parece passar pelo progresso no nível de instrução dos pais, aumentando as suas competências, permitindo que acedam a empregos mais qualificados. Ao mesmo tempo, os melhores níveis de instrução dos pais poderiam abrir novos horizontes e permitir valorizar mais a escolaridade dos filhos, aumentar as expectativas de futuro, criar novas e melhores oportunidades, gerir melhor os próprios recursos e a relação educativa com os filhos, favorecer estilos de vida mais saudáveis.

Como referem reiteradamente Matos e Sampaio (2009), muito para além do estatuto familiar, os adolescentes fazem depender a sua percepção de saúde das competências que vão desenvolvendo, dos valores que vão assumindo e dos recursos pessoais que vão construindo. São estes aspetos que permitem ao adolescente aumentar a sua autoconfiança e autoestima, ampliar o leque de oportunidades, incrementar as perspectivas de autoeficácia, abrir diferentes e alternativos horizontes de futuro. Como tal, quanto mais alto o nível de qualificação do adolescente, mais facilmente sentirá o futuro nas suas mãos.

Considerações finais

Estes resultados permitem concluir da importância das políticas educativas e sociais permitirem aos pais e adolescentes desenvolver as suas competências, maximizar os seus recursos pessoais, adquirir novos e fundamentados conhecimentos, de modo a aumentar as suas expectativas de futuro, os seus recursos materiais, o seu estatuto familiar e, em consequência, a respetiva percepção de saúde e de bem-estar.

A percepção de saúde dos adolescentes é mais elevada nos níveis socioeconómicos mais altos, nos grupos cujos pais têm níveis de instrução mais elevados e no grupo de pais em que ambos estão empregados. O estatuto familiar mostra associação com o nível de percepção de saúde dos adolescentes, mormente no que ao componente cognitivo diz respeito.

O estatuto familiar não tem a mesma relação com a saúde percebida pelos adolescentes nem segundo os géneros nem segundo as faixas etárias. O género feminino relata um maior impacto do estatuto familiar na respetiva percepção de saúde. O relevo do estatuto familiar na percepção de parte dos adolescentes é mais elevado nas faixas etárias dos 11 e 13 anos, tende a desvanecer-se com a aproximação da faixa etária dos 16 ou mais anos, sobretudo no componente afetivoemocional.

Em futuros estudos seria interessante atenuar ou resolver todos ou alguns dos limites deste estudo como a impossibilidade de definir se o desemprego de um ou dos dois pais é voluntário ou involuntário, a impossibilidade de definir o número de alunos que ficaram retidos em determinado ano de escolaridade e o número de alunos que abandonaram o sistema educativo nos anos da escolaridade obrigatória e na passagem desta para a fase seguinte da escolaridade, a impossibilidade de aferir os intervalos de rendimento de cada família, a impossibilidade de saber da existência de irmãos a responder ao mesmo questionário, a impossibilidade de analisar faixas etárias mais avançadas, pelo menos até à entrada na universidade. Julga-se também que, depois de perceber a ligação entre o estatuto-familiar e a autopercepção de saúde, se deveria ir mais longe fazendo uma ligação entre estes aspetos e os comportamentos e estilos de vida saudáveis. Seria igualmente interessante ulteriores estudos para perceber melhor a relação entre os níveis mais elevados de escolaridade dos ascendentes e a felicidade dos adolescentes, como já referido na discussão dos resultados.

Não obstante as limitações do estudo parece clara a influência do estatuto familiar na percepção de saúde dos adolescentes. O eixo em torno do qual gravita este estatuto parece ser o nível de instrução, a escolaridade. Quanto maiores qualificações académicas mais alternativas, mais oportunidades, mais expectativas de construção de futuro, mais autoestima, maior confiança, mais competências e mais desenvolvidas, recursos pessoais mais consistentes, maior percepção de autoeficácia, mais bem-estar, mais satisfação com a vida, mais saúde.

Assim, a par de políticas sociais e educativas com diferentes alternativas de promoção das famílias com estatuto familiar mais baixo, torna-se necessário que os educadores, os técnicos sociais e de saúde motivem para o desenvolvimento de competências, inventem e redescubram estratégias de envolvimento dos adolescentes na escola, sejam criativos nas atividades pedagógicas que acompanham o processo de ensino-aprendizagem, motivem os pais para a formação contínua e para as novas oportunidades que os organismos do ministério da educação, do emprego e formação profissional têm apresentado nas comunidades por todo o país. Também a escola tem um importante

contributo a dar no processo de promoção do estatuto familiar convocando as famílias para projetos criativos em que encarregados de educação e educandos interajam e partilhem experiências. Ainda no âmbito da escola talvez fosse de estudar a abertura do espaço escolar para a formação de pais e para atividades de fim de semana. Seria igualmente interessante envolver a comunidade neste processo de promoção do estatuto familiar de forma a estabelecer redes sociais promotoras de oportunidades, de estímulos positivos de são desenvolvimento. Todos poderiam ganhar em cidadania, saúde e bem estar: o adolescente, as famílias, a comunidade próxima e alargada, o país.

Referências Bibliográficas

- Arita, B., Romano, S., Garcia, N. & Félix, M. (2005). Indicadores Objectivos y Subjectivos de la Calidad de Vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), 93-102.
- Arthaud-Day, M., Rode, J., Mooney, C. & Near, J. (2005). The subjective well-being construct: A test of its convergent, discriminate, and factorial validity. *Social Indicators Research*, 74, 445-476.
- Berjano, R., Foguet, J. & González, A. (2008). El desarrollo de estilos de vida en los adolescentes escolarizados: diferencias entre chicos y chicas. *IberPsicología* 2008: 13.1. Consultado em 27 de julho de 2008 na World Wide Web: <http://psicologia-online/ciopa2001/atividades/57/index.html>
- Bisegger, C., Cloetta, B., von Rüden, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U. & The European KIDSCREEN Group (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial und Präventivmedizin*, 50, 281-291.
- Bisquerra, R. (2008). *Educación Emocional y Bienestar*. Madrid: Wolters Kluwer España.
- Borges, A., Matos, M. & Diniz, J. (2011). Processo adolescente e saúde positiva: Âmbitos afetivo e cognitivo. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 24(2), 1-11.
- Boyce, W., Torsheim, T., Currie, C. & Zambon, A. (2006). The family affluence scale as a measure of national wealth: Validation of an adolescent self-report measure. *Social Indicators Research*, 78(3), 473-487.

- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Compas, B. (2004). Processes of risk and resilience during adolescence. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*, Hoboken, New Jersey: Wiley, pp. 263-296.
- Costa, L. & Pereira, C. (2007). Bem-estar subjectivo: aspetos conceituais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1), 72-80.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Esnaola, I. & Iturriaga, G. (2009). Hábitos de vida saludable y autoconcepto físico. In Grandmontagne, A. G. (Coord.). *El Autoconcepto Físico. Psicología y educación. Pirámide. Madrid*, pp. 155-172.
- Espinosa, J. L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 90, 57-71.
- Frey, B. & Stutzer, A. (2004). *Happiness Research: State and Prospects*. Institute for Empirical Research in Economics Working, Paper No. 190. University of Zurich. Consultado em 28 de fevereiro de 2007 na World Wide Web: <http://ssrn.com/abstract=559427>.
- Frisch, M. B. (2006). *Quality of Life Therapy: Applying a Life Satisfaction Approach to Positive Psychology and Cognitive Therapy*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Galambos, N. (2004). Gender and gender role development in adolescence. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*, Hoboken, New Jersey: Wiley, pp. 233-262.
- Gaspar, T., Pais-Ribeiro, J., Matos, M. & Leal, I. (2008). Promoção de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 55-71.
- Health Behaviour in School-Aged Children* (2006).
- Hervás, G., Sánchez, A. & Vázquez, C. (2008). Intervenciones Psicologicas para la Promoción del Bienestar. In Vazquez & Hervás (Eds). *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, pp. 41-75.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La Ciencia de la Felicidad*. Barcelona: Ediciones Urano.

- Marmot, M. G. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365, 1099-1104.
- Matos, M., Gonçalves, A., Gaspar, T. (2005) *Aventura social e saúde: prevenção do VIH numa comunidade migrante*. Lisboa, CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. & Equipa do Projeto Aventura Social (2007). *A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em oito anos*. Lisboa, CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- Matos, M. & Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde. Diálogos com uma Geração*. Lisboa: Texto.
- Moroco, J. (2007). *Análise Estatística. Com Utilização do SPSS*. 3ª edição. Sílabo: Lisboa.
- Najman, J. M., Aird, R., Bor, W., O'Callaghan, M., Williams, G. M. & Shuttlewood, G.J. (2004). The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health. *Social Science & Medicine*, 58(6), 1147-1158.
- Nurmi, J. (2004). Socialization and self-development. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*, Hoboken, Nueva Jersey: Wiley, pp. 85-125.
- OMS (1948). *Officials Records of the World Health Organization*, nº 2, p. 100. United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.
- OMS (2001). *The World Health Report*. Geneve.
- Rajmil, L., Alonso, J., Berra, S., Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Simeoni, M-C., Auquier, P. & The Kidscreen Group. (2006). Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *Journal of Adolescent Health*, 38, 511-518.
- Simões, M. C. R. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Stansfeld, S., Head, J., Fuhrer, R., Wardle, J. & Cattell, V. (2003). Social inequalities in depressive symptoms and physical functioning in the Whitehall II study: exploring a common cause explanation. *Journal of Epidemiology Community Health*, 57, 361-367.

- Susman, E. & Rogol, A. (2004). Puberty and psychological development. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, Nueva Jersey: Wiley, pp. 15-44.
- Torsheim, T., Currie, C., Boyce, W., Kalnins, I., Overpeck, M., & Haugland, S. (2004). Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science & Medicine*, 59(1), 1-12.
- Trallero, J. (2010). *El Adolescente en su Mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Traverso-Yépez, M. A. & Pinheiro, V. S. (2005). Socialização de gênero e adolescência. *Estudos Feministas*, 13(1), 147-162.
- von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., Ravens-Sieberer, U. & the European Kidscreen group, (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 60(2), 130-135.

Estudo 4 – Adolescents, family status, education and health: New insights into health behaviour in school-aged children in Portugal⁴

Abstract

The purpose of this study is to examine the influence of the family's economic and cultural/educational status on adolescent health. The sample was composed of adolescents who participated in the study in continental Portugal, integrating the European study of Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). The study included a total of 4877 students attending the 6th, 8th and 10th grades from Portuguese public schools, with an average age of 14 years. The instrument used was the HBSC questionnaire. The results showed that the family's economic and cultural/educational status has a significant impact on adolescent health and perception of health-related quality of life. Children from more economically deprived families tend to have a lower perception of quality of life and less life satisfaction. However, the culture/education results are more complex and interestingly, follow different directions. These results allow us to claim that increasing parental schooling and economical well-being would be one of the protective policy strategies to promote adolescent health and well-being, although there is a risk of decreasing the related quality of life perception when parents are at the same time “too” cultivated and “too” wealthy, suggesting a new familial vulnerability that should also be addressed.

Keywords: adolescent health; life satisfaction; parents' schooling; quality of life; socioeconomic status

⁴ Matos, M., Borges, A. & Capucha, L. (2011). Adolescents, family status, education and health: New insights into health behaviour in school-aged children in Portugal. *Vulnerable Children and Youth Studies* Vol. 6, No. 3, 234-243.

Introduction

Recent studies have suggested that low socioeconomic status has a considerable impact on youth health, as it can increase risk factors or lower protective factors, and can impact indirectly by lowering access to health systems and services or by lowering psychological willingness to value and protect health (Esnaola & Iturriaga, 2009; Matos, 2005; Matos & Sampaio, 2009; Trallero, 2010). Health difficulties during adolescence are often associated with concomitant factors such as deprived environments, persistent socioeconomic and sociocultural levels, low value deficits regarding transmission, lack of social models in the family, lack of information and lack of programmes promoting health in schools (Esnaola & Iturriaga, 2009; Gaspar, Pais-Ribeiro, Matos, & Leal, 2008; Simões, 2007; Torsheim et al., 2004).

A previous Portuguese study showed that low socioeconomic environments are associated with risk behaviours among adolescents and low valuation of education as a tool for building the future (Matos, Gaspar, Simons-Morton, Reis & Ramiro, 2008). At the European level, Von Rueden et al. (2006) showed that higher socioeconomic status is reflected in better health perception by adolescents, but the increase in the family's real income is not always matched by a corresponding increase in healthy lifestyles. Therefore, we deemed it advisable to complement the analysis of the impact of the family's socioeconomic level with a study of the relationship between the family's sociocultural level with a study of the relationship between the family's sociocultural level and the adolescent's perception of health.

Health is understood as the level of well-being or of quality of life that an individual believes he or she enjoys, according to the generally accepted proposal which encompasses both affective and cognitive components (Frisch, 2006; Hervás, Sanchez, & Vasquez, 2008). Life satisfaction is understood as the evaluation of one's life circumstances, relationships with his or her means of socialization (family, peers, school), physical or psychological symptoms, personal goals and perception of life (Bisquerra, 2008; Frisch, 2006; Galambos, 2004; Hervás et al., 2008). Quality of life

and life satisfaction reinforce each other, resulting in more consistent indices of health as perceived by adolescents.

Sociocultural and socioeconomic influences regarding health perception and adolescent development are multiple, and all point out the relevance of family environment and the school ethos, although the relationship between health and socioeconomic status is not always linear and suggests an interaction between economic and cultural factors (Larson & Wilson, 2004; Matos & Sampaio, 2009; Susman & Rogol, 2004).

Empirical studies tend to blend the socioeconomic and sociocultural levels when assessing family status. As socioeconomic and sociocultural levels increase, so the adolescent has a better perception of health, higher satisfaction with life and higher cognitive and socio-emotional indexes (Bisegger et al., 2005; Esnaola & Iturriaga, 2009). The limits of that positive association are never well established, nor has it ever been well established whether that association is linear or, rather, “inverse U-shaped”. Focusing specifically upon the children’s well-being, this means that parents can be “too cultivated” or “too wealthy” and, if that is the case, under what concomitant personal, educational and social dynamics a potential protective factor can change into a risk factor needs to be understood.

Portugal has a long record of European low schooling rates and, in order to address this problem, for the last four years an educational national policy has now allowed adults to increase their level of schooling [approximately 430,000 adults, most of them parents of school-aged children, were included in the “Iniciativa Novas Oportunidades” (“New Opportunities Initiative”)¹].

This measure aligns with the claims that parental schooling level is one of the best predictors of children’s health behaviours, regarding the value that parents attribute to their children’s health as a value in itself, in promoting easier access to health information, or easier access to health-promoting services (Matos, 2005).

This programme has had a major impact on the increase of adults' level of schooling in Portugal during the four year period from 2006 to 2010 (Matos et al., 2006, 2010), although the evidence for this impact is hard to establish at a national level, considering the cross-sectional nature of major studies (Matos et al., 2006, 2010). Nevertheless, this study allows us to understand how these two factors in family status relate to adolescent perception of health. It is expected that a higher socioeconomic level corresponds to a higher sociocultural level, and these are both associated with better adolescent health perceptions. The aim of this study is to provide an in-depth analysis of the diverse influences of two measures of adolescents' family status: socioeconomic and sociocultural.

Does family status have an impact on adolescent well-being? Is this a linear relationship, or rather an inverse U-shaped one? Are there age and gender differences? Is there an influence concerning life satisfaction?

Method

Participants

The Portuguese survey reported in this study is a component of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study (Currie et al., 2004; Matos et al., 2006).

The survey is based on a self-completed questionnaire to be administered in schools by teachers. The Portuguese HBSC survey included pupils attending the 6th, 8th and 10th grades (high school), the classes of which were chosen randomly from all Portuguese public schools to represent those school grades throughout the country, as stratified geographically by Education Regional Divisions. The schools' response rate was 92%.

Procedure

The sample unit used in this survey was the class. In each school classes were selected randomly in order to meet the required number of students for each grade, which was proportional to the number of students of the same grade for each specific region according to the numbers provided by the Portuguese Ministry of Education. Teachers administered the questionnaires in the classroom. Adolescent participation in the survey was voluntary. Adolescents who were absent from school on the day of the survey were not included. The students' completion of the questionnaires was voluntary, anonymity was assured and the students completed it on their own. Teachers were only allowed to help with administrative procedures.

This study had the approval of the Ministry of Education, of a university scientific committee, of an ethical national committee (based in a university hospital) and of the national commission for data protection, and followed strictly all the guidelines for protection of human rights. Parental informed consent was required. The study used an HBSC-2006 (Matos et al., 2006) questionnaire and inquired about perception of health-related quality of life, socioeconomic and sociocultural status and life satisfaction.

Health-related quality of life

Health-related quality of life was assessed using KIDSCREEN-10. Previous authors have proposed a global perception of the health factor, using 10 items rated 1-5 (Gaspar et al., 2008; Ravens-Sieberer et al., 2001), but the present authors identified two factors: “emotional” and “cognitive” (Borges, Matos, & Diniz, 2011). This scale is an optional possibility in the HBSC international survey and has been used in several countries, including Portugal (Currie et al., 2004; Matos et al., 2006).

Life satisfaction

Life satisfaction used Cantril's (1965) ladder, represented graphically on a scale whereby 10 corresponds to the best possible life, which is a mandatory question in the HBSC international survey (Currie et al., 2004; Matos et al., 2006).

Sociocultural/schooling status

Sociocultural/schooling status was estimated using the standard international education classification (Matos et al., 2006). Parents' schooling was assessed according to four levels (4th grade, intermediate, college, university), and the highest level of the two parents was considered.

Socioeconomic status

Socioeconomic status was estimated using the Family Affluence Scale (FAS) and was developed to estimate participants' socioeconomic level (Boyce, Torsheim, Currie, & Zambon, 2006). This scale was considered as a continuous variable (adding up four variables, as proposed by the authors: number of family cars, number of family computers, having own bedroom, number of family vacations during the previous year); the answers then classified adolescents into one of three socioeconomic classes – low, average and high (Boyce et al., 2006).

Data analysis

For data analysis, SPSS version 17.0 software was used. Descriptive data were displayed, followed by bivariate analysis [χ^2 and analyses of variance (ANOVAs)], and multiple linear regression models were used at the end of the analysis.

Descriptive data focused on gender, school grade and age distributions and considered frequencies regarding parental schooling and socioeconomic status. Schooling level (the highest schooling level in the couple) and the three FAS groups (low FAS, average FAS and high FAS) were taken into consideration independently and simultaneously (Table 1).

Bivariate statistics (ANOVAs) aimed at comparing health-related quality of life (cognitive and emotional) and life satisfaction within groups were defined according to parental schooling level and FAS level (Tables 2 and 3).

Regression models were carried out in order to analyse which of the study variables was a significant predictor of health-related perceived quality of life factors (KIDSCREEN-10: emotional issues and KIDSCREEN-10: cognitive issues). Multiple linear models were used considering sequentially the two KIDSCREEN factors as dependent variables and gender, age, FAS and parental academic education (the four-point scale assessing the best educational level of both parents) as independent variables.

Results

With regard to descriptive data, the Portuguese HBSC survey included pupils in the 6th, 8th and 10th grades (high school) [mean = 14, standard deviation (SD) = 1.89]. The national sample comprised 4877 students from 87 classes, from 125 randomly chosen Portuguese schools, representing those school grades. From these 4877 students, 50.4% were girls and were distributed as follows: 31.7% attending the 6th grade, 35.7% the 8th grade and 32.6% the 10th grade. The schools' response rate was 92%.

For schooling status, in the present sample 23.2% of the parents had never studied or attended the minimum basic four years of schooling; 36.7% had intermediate/compulsory schooling; 20.4% finished secondary school and 19.7% of parents (the most well-educated of the couple) had a university degree.

For the FAS scale, in the present sample 11.2% of the sample corresponds to low socioeconomic level, 49% to the average group and 39.7% to the higher group.

Schooling level (the highest schooling level in the couple) and the three FAS groups (low FAS, average FAS and high FAS) were taken into consideration simultaneously. This sample's distribution is displayed in Table 1.

Tabela 21 – Parental schooling and Family Affluence Scale (FAS).

	Primary parental education (%)	Intermediate parental education (%)	Secondary parental education (%)	University parental education (%)
FAS (low)	46.6*	36.5	11.2	5.7*
FAS (average)	27.5	42.6*	18.3	11.6*

FAS (high)	12.5*	30	25.5	32*
------------	-------	----	------	-----

Notes: $\chi^2/59,295$ (6) $p \leq 0.001$. *Adjusted residuals $> |1.9|$.

Bivariate statistics (ANOVAs) comparing health-related quality of life (KIDSCREEN-10; either the total scale or each of the subscales emotional and cognitive) and life satisfaction revealed a consistent pattern whereby the higher the socioeconomic status, the better the health-related quality of life and life satisfaction (Table 2).

Tabela 22 – Family Affluence Scale (FAS) socioeconomic differences and adolescent health and well-being perceptions.

	FAS (low)		FAS (average)		FAS (high)		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	F
KIDSCREEN-10	37.59	5.76	38.56	5.61	39.44	5.30	26.28***
Kids emotion	27.06	4.59	27.55	4.47	28.14	4.24	15.46***
Kids_cognitive	10.55	2.20	10.98	2.08	11.26	1.97	26.29***
Life satisfaction	6.70	2.09	7.22	1.94	7.57	1.77	47.55***

Notes: * $p \leq 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p \leq 0.001$. ANOVA. analysis of variance; SD. standard deviation.

Scheffé's *post-hoc* tests highlighted significant differences across the three FAS conditions regarding all variables under analysis ($p < 0.01$) except Kids_emotion, where there were no significant differences between low and average FAS conditions.

Regarding parents' education, a higher parental education level corresponded to a better perception of quality of life and life satisfaction, but a significant difference regarding "university degree" pertained only to the cognitive factor (Table 3). Scheffé's *post-hoc* tests highlighted significant differences for "basic or no studies" across all remaining schooling conditions regarding all variables under analysis ($p < 0.01$) except Kids_emotion, where there was only a significant difference between "basic or no studies" and "compulsory education". Concerning "university degree", there was only a significant difference across all conditions regarding the variable Kids_cognitive.

Tabela 23 – Differences among health perception according to parental schooling (higher schooling in the couple).

	Basic or no studies		Compulsory education		Secondary education		University degree		ANOVA
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	F
KIDSCREEN-10	38.04	5.67	39.04	5.46	38.78	5.32	39.34	5.73	10.51***
Kids emotion	27.36	4.56	27.99	4.31	27.63	4.30	27.80	4.54	4.59**
Kids_cognitive	10.68	2.13	11.03	2.03	11.12	1.98	11.46	2.09	24.41***
Life satisfaction	7.04	2.04	7.34	1.86	7.33	1.81	7.55	1.90	12.42***

Notes: * $p \leq 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p \leq 0.001$. ANOVA. analysis of variance; SD. standard deviation.

Multiple linear regression models were carried out in order to analyse which of the variables in the study was a significant predictor of health-related perceived quality of life factors (KIDSCREEN-10: emotional issues and KIDSCREEN-10: cognitive issues).

A well-fitted model was obtained ($F(54,382) = 364.119$, $p > 0.001$) regarding health-related quality of life (KIDSCREEN-10: emotional issues); thus, considering only emotional issues, this explains 29.3% of the variation. The significant predictors were gender (being male, $B = -0.17$, $p < 0.001$); age (being younger, $B = -0.16$, $p < 0.001$); life satisfaction (higher satisfaction, $B = 0.445$, $p < 0.001$); family affluence (more affluent, $B = 0.031$, $p < 0.05$); and the parents' academic education (lower education. $B = -0.041$, $p < 0.005$).

A well-fitted model was obtained ($F(54,482) = 18.204$; $p > 0.001$) regarding health-related quality of life (KIDSCREEN-10: cognitive issues); thus, considering only cognitive issues, this explains 16.8% of the variation. Significant predictors were age (being younger, $B = -139$, $p < 0.001$); life satisfaction (higher satisfaction, $B = 0.332$, $p < 0.001$); family affluence (more affluent, $B = 0.043$, $p < 0.005$); and the parents' academic education (higher education, $B = 0.073$, $p < 0.001$).

To explore further the analysis and understanding of the pattern associated with FAS, parental schooling and perception of health-related quality of life (emotional and

cognitive issues), a regression model was carried out using the split-file procedure, so that the regression model can be run for each of the three FAS levels. Through this process, three different models were obtained; all fitted adequately when checking for the ANOVA significance.

Using each of the three different FAS groups separately, it was noted that only in the group with high FAS was the level of parental schooling a significant predictor of health-related quality of life (emotional issues), while higher schooling, corresponding to a lower perception of emotional health-related quality of life, was a negative predictor ($B = -0.078, p < 0.001$).

Furthermore, the level of parental schooling was a significant predictor of health-related quality of life (cognitive issues) only in the groups with average and high FAS, while higher schooling, corresponding to a higher perception of cognitive health-related quality of life, was a positive predictor (average FAS, $B = 0.05, p < 0.01$; high FAS, $B = 0.099, p < 0.001$).

Discussion

As expected (Table 1), socioeconomic status improves whenever schooling level increases. Focusing on the Portuguese situation, where higher degrees are not yet the social norm, this feature becomes a huge factor, suggesting the expected gains in citizens' life conditions that can result from increasing one's educational levels. In fact, despite efforts in recent years in improving educational levels in Portugal, the percentage of citizens with a college degree does not exceed 20%. Persistence in promoting higher levels of education will certainly increase the socioeconomic level of families and have direct consequences on adolescents' perception of their health.

These results are compatible with previous literature: situations of deprivation are stress inducers (Trallero, 2010). They are very disturbing for young people and generate a lack of well-being and lower perception of health. This situation has a snowball effect,

because less wealthy children or children from families with low levels of schooling tend to consider health to be a lesser priority and tend not to value school as securing value for their future.

Dropouts and school failure are thus more frequent, and once they have reached adulthood these children more often become low academically educated parents (Esnaola & Iturriaga, 2009; Hervás et al., 2008; Matos, Gonçalves, & Gaspar, 2005; Matos & Sampaio, 2009; Trallero, 2010). This is obvious when working in very deprived areas, where it is normal for girls to become pregnant earlier and to want to leave school and access (low salary) jobs immediately, thus becoming low-educated and low-income-earning mothers (Matos et al., 2008).

As stressed in previous research (Hervás et al., 2008; Trallero, 2010), the perception of health, besides its emotional and affective aspect, has to do with life expectancy, life opportunities, skills, habits and rules and strategies to deal with adversity, and is related more to a cognitive aspect of well-being.

Interestingly, gender affects the perception of health-related quality of life but only within the emotional factor. Girls tend to be less optimistic but also more rational, and gender differences tend to fade when predicting health-related quality of life. When dealing with cognitive issues (Galambos, 2004; Trallero, 2010), girls tend to internalize their emotions and to think and worry more, which has consequences regarding the emotional aspect of health perception.

Being younger (in the present case, during adolescence from 11 to 16 years of age) predicts both emotional and cognitive factors in health perception.

These facts are extremely troublesome as they suggest that somehow, when parents and teachers are not relevant “enough” to support them, children tend to have a difficult growth process (Matos, 2005; Susman & Rogol, 2004; Trallero, 2010). These results also challenge researchers and policymakers, who question how this situation can be overcome: how can children grow up to be healthy and happy?

Socioeconomic status is a predictor of both emotional and cognitive factors in the perception of health, and favours wealthier families. The most intriguing feature is that parental schooling level seems to act in opposite directions: on one hand, it is a positive predictor of cognitive aspects of perceived health (considering average and high FAS status) and, on the other hand, it is a negative predictor of the emotional aspects of perceived health (in the specific case of high FAS-status children). These are not strong associations and predictors, but are nevertheless significant. A possible explanation for these data could be that parents with higher educational levels monitor their children more closely, and are more demanding and set more rules. Also, they stimulate higher expectations and encourage children to take part in different activities in their leisure time. Thus, adolescents might perceive this parental control as limiting their wish to “do as they please” (Larson & Wilson, 2004; Matos & Sampaio, 2009). An alternative explanation could be that parents with higher levels of education become more involved in their careers and neglect to monitor their children’s affective development (Matos & Sampaio, 2009). It also appears that there may be a decreased risk in related quality of life perception when parents are, at the same time, “too” cultivated and “too” wealthy, suggesting a new familial vulnerability that should also be addressed.

The results show that the economic and schooling status of the family has a significant impact on adolescent perception of health. More economically deprived parents tend to raise children who have a lower perception of both quality and satisfaction with life. The results allow us to claim that increasing parental schooling and economic well-being would be one protective policy strategy to promote adolescent health and well-being. According to this study, it could be claimed that health and education policies should aim at increasing parental schooling, not only as a policy of social justice and of “equal opportunities” but also as a way of increasing adolescent health-related perception of quality of life. Promoting academic success, preventing school dropout and the inclusion of adolescents in curriculum materials regarding health education are promising strategies to promote children’s health and well-being in one or two decades’ time.

For the present, if we look at families with average or high levels of parental education, and are concerned only with the cognitive aspects of health-related quality of life, it seems that children tend to perceive their (cognitive) health-related quality of life as higher. However, caution is necessary, because when emotional factors are taken into consideration higher levels of schooling and wealth can lead to a decrease in health-related quality of life.

The authors consider that these findings need to be confirmed throughout Europe; they provide a strong warning to policy makers to increase parental schooling and to protect highly educated parents from the negative effects associated with their educational status, in order to increase adolescent perception of health-related quality of life and to promote better health for all.

This study has a number of limitations which should be considered when interpreting the results. First, the variables used in this study were developed *post hoc* from an existing national survey. Secondly, the findings are based entirely on adolescent self-reports and biases in perception and reporting cannot be ruled out. Finally, because the study was cross-sectional, we are unable to draw conclusions about the direction of causality between the variables of interest.

Notwithstanding these limitations, this study used a large sample of adolescents and the sampling procedures helped to ensure a nationally representative sample. Moreover, this is one of the first investigations into the effects of parental schooling and parental socioeconomic status on children's health-related quality of life and life satisfaction in a nationwide southern European country.

As pointed out, this study is based on the perceptions of adolescents. It would be interesting to compare these perceptions with those of their parents, in order to make it easier to devise possible intervention programmes and health promotion plans. These plans should invest in increasing the families' chances of attaining higher socioeconomic levels and incorporate elements that promote healthier lifestyles. They

should go above the national level and should include specific approaches for deprived areas.

For the last four years in Portugal, an educational policy has allowed adults to increase their level of schooling (approximately 430,000 adults, most of them parents of school-aged children, were included in the “Iniciativa Novas Oportunidades” (“New Opportunities Initiative”): <http://www.en.anq.gov.pt/>). Therefore, it is suggested strongly that these results be tested within this recent national observation field, for example, comparing the behaviours and perceptions of the children of those adults who accessed the “New Opportunities Initiative” with those of the children of adults who could not benefit from this measure and did not, therefore, increase their educational level.

At the same time, perhaps the “New Opportunities Initiative” could be used to include materials for exhaustively promoting health and citizenship in the certainty that that would contribute to a better use of invested resources and, above all, would prepare current and future generations for healthier and happier lifestyles, with a greater commitment towards bettering general health levels. We point out here a future challenge for our national policy makers.

Key findings

- (1) The family’s socioeconomic status is important to predict health-related quality of life in adolescents, both in terms of an emotional or cognitive aspects of health-related quality of life.
- (2) The family’s schooling level presents different results. It only predicts health-related quality of life as far as the cognitive issues of health-related quality of life are concerned. Furthermore, this occurs only in average and high FAS groups (average and high socioeconomic status).

- (3) The family's schooling level presents different results. It predicts health-related quality of life in what pertains to the emotional issues of health-related quality of life, but this occurs only in high FAS groups (high socioeconomic status) and in an opposite direction: the higher the schooling level within the high FAS groups, the lower the health-related quality of life perception, as far as the emotional aspects of health-related quality of life are concerned.
- (4) There may be a risk of decrease in the related quality of life perception when parents are at the same time "too" cultivated and "too" wealthy, suggesting a new familial vulnerability that should also be addressed.

Note:

1. See <http://www.en.anq.gov.pt/>.

References

- Bisegger, C., Cloetta, B., von Rüden, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U., & The European KIDSCREEN Group. (2005). Health-related quality of life: Gender differences in childhood and adolescence. *Sozial und Präventivmedizin*, 50, 281-291.
- Bisquerra, R. (2008). *Educación Emocional y Bienestar* [Emotional education and well-being]. Madrid: Wolters Kluwer Espana.
- Borges, A., Matos, M.G., & Diniz, J. (2011). Processo Adolescente e Saúde Positiva: Âmbitos Afetivo e Cognitivo [The adolescent process and positive health: Affective and cognitive issues]. *Psicologia Reflexão e Critica*, 24, 224-249.
- Boyce, W., Torsheim, T., Currie, C., & Zambon, A. (2006). The family affluence scale as a measure of national wealth: Validation of an adolescent self-report measure. *Social Indicators Research*, 78(3), 473-487.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Rasmussen, V. (Eds.). (2004). *Young people's health in context, health*

- behaviour in school-aged children study: International report from the 2001/2002 survey. Health policy for children and adolescents* No. 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Esnaola, I.M., & Iturriaga, G. (2009). Health lifestyles and physical self-concept. In A.G. Grandmontagne (Coord.), *Physical self-concept. Psicología y educación*. Madrid: Pirámide, pp. 155-172
- Frisch, M.B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Galambos, N. (2004). Gender and gender role development in adolescence. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.). *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, pp. 233-262.
- Gaspar, T., Pais-Ribeiro, J., Matos, M.G., & Leal, I. (2008). Promoção de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes [Quality of life promotion in children and adolescents]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9, 55-71.
- Hervás, G., Sánchez, A., & Vázquez, C. (2008). Intervenciones Psicológicas para la Promoción del Bienestar [Psychological interventions promoting well-being], In C. Vazquez & G. Hervás (Eds.). *Applied positive psychology*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, pp. 41-75.
- Larson, R., & Wilson, S. (2004). Adolescence across place and time. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, pp. 299-330.
- Matos, M.G. (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* [Communication, conflict management and health in school], Lisboa: CDI: FMH.
- Matos, M., Gaspar, T., Simons-Morton, B., Reis, M., & Ramiro, L. (2008). Communication and information about “safer sex”: Intervention issues within, communities of African migrants living in poorer neighborhoods in Portugal. *Journal of Poverty*, 12, 333-350.
- Matos, M., Gonçalves, A., & Gaspar, T. (2005). *Aventura social e saúde: Prevenção do VIH numa comunidade migrante* [Health and prevention of HIV in a migrant population], Lisboa: CMDT/IHMT/UNL & FMH/UTL.

- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., & Equipa do Projeto Aventura Social. (2010). *A saúde dos adolescentes portugueses em 2010* [Portuguese adolescents' health in 2010], Lisboa: CMDT/IHMT/UNL & FMH/UTL.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., & Equipa do Projeto Aventura Social. (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em oito anos* [Adolescents' health: Now and in the last eight years], Lisboa: CMDT/IHMT/UNL & FMH/UTL.
- Matos, M., & Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde. Diálogos com uma Geração* [Youths with health. Dialogue with one generation]. Lisboa: Texto.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B.M., Bruil, J., ... European KIDSCREEN Group. (2001). The European KIDSCREEN Group: Quality of life in children and adolescents: A European public health perspective. *Sozial und Präventivmedizin*, 46, 294-302.
- Simões, M.C.R. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência* [Risk behaviours during adolescence]. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Susman, E., & Rogol, A. (2004). Puberty and psychological development. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, pp. 15-44.
- Torsheim, T., Currie, C., Boyce, W., Kalnins, I., Overpeck, M., & Haugland, S. (2004). Material deprivation and self-rated health: A multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science & Medicine*, 59, 1-12.
- Trallero, J. (2010). *El Adolescente en su Mundo. Riesgos, problemas y trastornos* [The adolescent in his world. Risks, problems and disorders], Madrid: Ediciones Pirámide.
- Von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., Ravens-Sieberer, U., & The European KIDSCREEN Group. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: Results from a European study. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 60(2), 130-135.

ESTUDO 5 - Qualidade da Relação com os Pais e Bem-Estar nos Adolescentes Portugueses⁵

Resumo

A qualidade do ambiente familiar, a qualidade da interação entre pais e filhos possui uma relação directa com o crescimento saudável dos adolescentes. Este estudo descritivo e correlacional visa perceber como se comportam as variáveis de bem-estar, “qualidade de vida relacionada com a saúde” e “satisfação com a vida”, face a distintos níveis de comunicação e monitorização da parte dos pais em relação aos adolescentes, considerando também a perspetiva da idade e do género dos adolescentes. Utilizaram-se os dados da amostra portuguesa do estudo *Health Behaviour in School-Aged Children 2006*, constituída por 4877 adolescentes, com média de idade de 14 anos, 50,4% do género feminino. Após análise descritiva, procedeu-se à comparação de médias entre grupos e à regressão linear. Os adolescentes portugueses mostram diferenças intergéneros em relação à comunicação e à monitorização dos pais, sendo que o género masculino diz ter uma melhor comunicação com os pais e sentir maior monitorização do pai enquanto o género feminino sente uma maior monitorização da mãe. Quanto mais fácil a comunicação com os pais e quanto mais elevada a monitorização sentida pelos adolescentes maior a percepção que têm de qualidade de vida relacionada com a saúde e de satisfação com a vida. Tanto a monitorização como a comunicação com os pais se mostram como potentes preditores do bem-estar adolescente. Esta pesquisa poderá ser útil para compreender a importância da qualidade do contexto familiar no bem-estar adolescente e para fomentar as condições necessárias ao crescimento saudável das novas gerações, de modo a que desenvolvam cada vez mais os respetivos recursos pessoais e uma maior satisfação com a vida.

⁵ Borges, A., Matos, M. & Diniz, J. (submetido). Qualidade da Relação com os Pais e Bem-estar nos Adolescentes Portugueses. *Journal of Family Studies*.

Palavras chave: Adolescência; Comunicação com os Pais; Monitorização dos Pais;
Família; Bem-Estar.

Revisão de Literatura

As mais recentes propostas conceptuais sobre o bem-estar adoptam uma perspetiva ampla, focalizando-se na interação do indivíduo com os contextos, enfatizando a relação do bem-estar com outros conceitos como qualidade de vida relacionada com a saúde, resiliência, inteligências múltiplas, satisfação com a vida (Botello-Harbaum, Nansel, Haynie, Iannotti, & Simons-Morton, 2008; Gringeri & Von Mackensen, 2008).

No abundante corpo de literatura sobre o contexto familiar, há evidência de associação significativa entre as Características da interação pais-filhos e os níveis de ajuste psicológico, de autonomia, de identidade, de competências sociais e académicas, de resiliência, de desenvolvimento integral dos adolescentes, dos recursos individuais, com repercussões na sua saúde física e mental (Berlin, Cassidy & Appleyard, 2008; Brooks & Goldstein, 2010; Carrillo, Ripoll-Nuñez, Cabrera & Bastidas, 2009; Çiviti & Çiviti, 2009; Gilman & Huebner, 2006; Laursen & Mooney, 2008; Suldo & Huebner, 2006).

Os adolescentes passam mais tempo com as mães, sendo com elas que mais partilham os respetivos sentimentos e emoções, tornando-se esta relação consistente e influente em todos os sentidos. A figura paterna, apesar de entendida como algo distante e a quem se recorre para obter informação e recursos materiais, também desempenha um papel relevante: a partir da puberdade o grau de comunicação e confiança com o pai é um potente preditor da adaptação escolar, do ajuste ao desenvolvimento e aos contextos, de menores sintomas emocionais, de estratégias de *coping*, de competências emocionais e de qualidade de interação com os pares (Flouri, 2008; Lei & Wu, 2007).

No geral, os adolescentes mantêm um bom conceito da vida familiar e relatam relações estáveis, sinceras e persistentes com os pais, apesar do devir adolescente entrinchar numerosas mudanças, que alteram a relação e intimidade com os pais, a satisfação com a vida familiar, e aumentam a autonomia, a independência e os laços com os pares (Collins & Laursen, 2004; Queija, 2009; Trallero, 2010).

Acompanhar e conhecer as novas vinculações e interesses do adolescente, as Caraterísticas dos ambientes que frequenta, as atividades e os gostos que alimenta está positivamente associado ao bem-estar e negativamente com os sintomas de mal-estar (Oliva, 2007), relaciona-se com maiores índices de recursos pessoais e de ajustamento na adolescência (Queija, 2009), conduz a menor envolvimento em comportamentos de risco e com pares desviantes (Sussman Pokhrel, Ashmore, & Brown, 2007), tem a ver com maior autocontrolo e resiliência (Brooks & Goldstein, 2010), prediz uma maior satisfação com a vida (Ma & Huebner, 2008), alimenta relações de confiança, de afeto e de compreensão com os pais (McElhaney, Porter, Thompson & Allen, 2008), prenuncia níveis elevados de autoestima, de competências sociais e menores problemas de comportamento (Rubin et al., 2004), torna os adolescentes menos agressivos, menos deprimidos e mais simpáticos (Laible & Thompson, 2000), melhora a probabilidade de um bom desenvolvimento cognitivo uma vez que o comportamento do adolescente é guiado pelas atitudes dos pais (Le Roux, 2009), reduz a probabilidade do consumo de substâncias (Camacho & Matos, 2008). A ausência de monitorização, ainda que, no imediato, possa evitar alguns conflitos familiares, a médio e a longo prazo pode resultar perigosa. Em adolescentes com idades entre 14 e 16 anos observou-se que quanto menos os pais conhecem os seus amigos e menos sabem onde vão quando saem de casa, tanto mais provável é que os adolescentes desenvolvam inaptações e comportamentos problemáticos (Fröjd, Kaltiala-Heino & Rimpelä, 2007). Contudo, estilos de relações parentais com Caraterísticas intrusivas, superprotetoras ou demasiado controladoras, pode restringir os comportamentos dos filhos, desencorajar a independência, dificultar a autonomia, afetar a autoconfiança, favorecer o isolamento social, limitar o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas e de competências sociais, com repercussão negativa no desenvolvimento saudável do adolescente (Rubin, Coplan & Bowker, 2009).

A família é um dos contextos mais relevantes no desenvolvimento da identidade específica de cada género, na definição dos comportamentos e ritmos de maturação, na transmissão dos estereótipos culturais vinculados a cada género (Parra & Oliva, 2007; Queija, 2009; Trallero, 2010). Dificuldades na comunicação e na relação com os pais

podem aumentar com a idade e estar associadas a alguma perturbação, como mostra o estudo de Whiteman e Christiansen (2008) com 11000 adolescentes holandeses (entre 12 e 18 anos), onde se observam associações com sintomas depressivos, comportamentos antissociais e mal-estar generalizado.

Os níveis de bem-estar observados nas idades mais jovens são, geralmente, mais elevados do que os observados nas idades mais avançadas dos adolescentes e o género masculino obtém valores mais elevados do que o género feminino; o género feminino experimenta maior flutuação na perceção do bem-estar (Ruiz de Azúa, 2007) e tende para comportamentos de internalização enquanto o género masculino experimenta maior estabilidade e tende para comportamentos de externalização (Arita, Garcia & Félix, 2005; Bisegger et al., 2005; Matos et al., 2003; 2007; Queija, 2009; Rajmil et al., 2006). Ao mesmo tempo, a comunicação e monitorização pais-adolescentes não só diverge com a idade como segundo o género (Bisegger et al., 2005; Queija, 2009; Traverso-Yépez & Pinheiro, 2005). A literatura acrescenta que os pais aceitam melhor a autonomia procurada pelo género masculino do que pelo género feminino (Queija, 2009; Trallero, 2010).

O objetivo geral deste estudo é perceber como se comportam as variáveis de bem-estar adolescente frente a distintos níveis de comunicação e monitorização do pai e da mãe. O estudo considerou ainda a perspetiva da idade e do género.

Espera-se uma associação directa entre os níveis de bem-estar dos adolescentes e os níveis de comunicação e monitorização do pai e da mãe, tanto para a amostra geral como nas distintas faixas etárias e segundo o género.

Para além de produzir informação para a compreensão do desenvolvimento adolescente, este estudo poderá tornar-se útil na intervenção junto de encarregados de educação, na promoção de relações positivas na família, no desenvolvimento de competências sociais e de comunicação com os adolescentes, na elaboração de indicações para técnicos de

educação e profissionais de saúde, seja na relação com os adolescentes seja no aconselhamento familiar.

Método

Amostra

Participaram 4877 indivíduos adolescentes, residentes em Portugal continental, a frequentar as escolas públicas, 49.6% do género masculino e 50.4% do género feminino, correspondendo aos participantes do estudo europeu *Health Behaviour in School-aged Children 2006* (Matos et al., 2007; Roberts, Currie, Samdal, Currie, Smith, & Maes, 2007).

O estudo abrange 3.7% do 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, correspondendo 21.3% à faixa etária dos 11 anos, 30.2% à faixa etária dos 13 anos, 33.1% à faixa etária dos 15 anos e 15.3% à faixa etária dos 16 anos ou mais. A média de idades é 14 anos e o desvio padrão 1.89.

Medidas

Na recolha de dados utilizou-se o questionário HBSC 2006, segundo o respetivo protocolo. Entre outros, este questionário faculta informação sobre os dados demográficos, sobre os indicadores de bem-estar (qualidade de vida relacionada com a saúde e satisfação com a vida) e sobre a relação com a família (Currie, Roberts, Morgan, Smith, Settertulte, Samdal, & Rasmussen, 2004). Assim, da totalidade dos itens do questionário, o estudo deteve-se nos itens referentes à qualidade da comunicação e à monitorização do pai e da mãe; quanto ao bem-estar, tomaram-se as questões que traduzem o bem-estar, isto é, a qualidade de vida relacionada com a saúde (*Kidscreen 10*) e a satisfação com a vida (Cantril, 1965).

A qualidade da comunicação com o pai (QCP) e com a mãe (QCM) foi medida por uma escala de *Likert* de quatro pontos. Os adolescentes assinalaram o à-vontade que sentiam para abordar os temas que mais os preocupavam entre “muito fácil” e “muito difícil”. A escala de respostas continha um quinto ponto “não tenho ou não vejo esta pessoa”, considerado *missing*.

A monitorização da mãe (MM) foi medida por uma subescala de cinco itens, com uma consistência interna de *alfa de Cronbach* de .791. Os itens pretendiam obter informação sobre o conhecimento real da mãe quanto aos amigos, ao dinheiro, à escola, às saídas à noite e ao tempo livre. Os indivíduos responderam numa escala de *Likert* de quatro pontos, entre “nada”, “algum” e “muito”; o quarto ponto da escala referia-se a “não conhecer essa pessoa”, considerado *missing*.

A monitorização do pai (MP) foi medida por uma subescala de cinco itens, com uma consistência interna de *alfa de Cronbach* de .881. Os itens obtiveram informação sobre o conhecimento real do pai quanto aos amigos, ao dinheiro, à escola, às saídas à noite e ao tempo livre. Os indivíduos responderam numa escala de *Likert* de quatro pontos, entre “nada”, “algum” e “muito”; o quarto ponto da escala referia-se a “não conhecer essa pessoa”, considerado *missing*.

A qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) foi medida pelo *Kidscreen 10*: os seus autores propõem esta escala para avaliar uma característica unidimensional global de saúde (Rajmil et al., 2006), mas como referem Borges, Matos e Diniz (2011) a escala permitiu decifrar dois fatores, correspondendo o primeiro ao componente afetivo (AE_QVRS) e o segundo ao componente cognitivo (CO_QVRS); as dez questões da escala situam o adolescente na semana anterior para que responda numa escala de *Likert* de cinco pontos entre “nada” e “totalmente” (Rajmil et al., 2006).

A satisfação com a vida (SV) foi medida com a escala de Cantril (1965), representada graficamente como uma escada, onde o degrau “10” corresponde à “melhor vida possível” e o degrau “0” representa a pior vida possível; foi solicitado que os

adolescentes assinalassem o degrau que melhor descrevia o que sentiam naquele momento.

Procedimento

Este trabalho é fundamentalmente um estudo descritivo e correlacional de carácter transversal. A unidade de análise foi a turma. Primeiro as escolas e depois as turmas foram seleccionadas aleatoriamente até se obter uma amostra representativa da população escolar, com uma percentagem de 3.7% do número de alunos. Obtidas as necessárias autorizações, contactaram-se e enviaram-se os questionários para as escolas (Matos et al., 2007). De acordo com o protocolo, foram os professores que, durante o mês de janeiro de 2006, administraram os questionários em sala de aula, sendo a participação dos alunos voluntária. As respostas obtidas permitiram a elaboração de uma base de dados no programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 18.0 para *Windows*, que permitiu a posterior análise e tratamento estatístico.

Os participantes foram organizados em quatro grupos etários tal como foi descrito na amostra.

As variáveis independentes foram os resultados dos dados relativos à comunicação com o pai e com a mãe (organizados em três grupos: muito difícil ou difícil, fácil e muito fácil), e à monitorização da mãe e do pai (organizados em três grupos: baixo, médio e alto); as variáveis dependentes consistiram nos resultados que traduziram o bem-estar. Depois da análise descritiva, procedeu-se à comparação de médias (*t de student e Anova*) e à regressão logística. Os métodos adotados nas comparações *post-hoc* foram *Tukey* para os homogéneos e *Games-Howell* para os heterogéneos (Moroco, 2007). Os dados foram ainda analisados em função da idade e do género.

Resultados

Quando questionados sobre a qualidade da comunicação com o pai relativamente aos temas que os preocupam, 40.3% dos adolescentes considerou ser muito difícil ou difícil, 38.6% fácil e 21.1% muito fácil. Quando a questão sobre a qualidade da comunicação foi com a mãe, 19.6% dos adolescentes avaliaram como muito difícil ou difícil, 41.4% como fácil e 39% como muito fácil. Nos itens que espelharam a monitorização da mãe e do pai em relação aos amigos, ao uso do dinheiro, ao período de tempo após a escola, às saídas à noite e ao tempo livre, os adolescentes relatam que a mãe sabe realmente muito entre 59.8% e 73.1%, sabe um pouco entre 16.2% e 35.8% e não sabe nada entre 2.8% e 6.4%; quanto ao pai os adolescentes referem que sabe realmente muito entre 36.7% e 54.3%, sabe um pouco entre 22.2% e 43.5% e não sabe nada entre 13.3% e 15.8%.

A comparação intergéneros obteve diferenças estatisticamente significativas para a qualidade da comunicação com o pai [$t(4356)=16.90$; $p<.001$], para a qualidade da comunicação com a mãe [$t(4537)=2.43$; $p<.05$], para a monitorização da mãe [$t(4291)=-4.54$; $p<.001$] e para a monitorização do pai [$t(4051)=5.29$; $p<.001$]. Na qualidade da comunicação com o pai e com a mãe o género masculino obteve, respetivamente, qualidade mais elevada ($M=2.89$; $DP=.94$) e ($M=3.13$; $DP=.87$), comparativamente com o género feminino ($M=2.39$; $DP=.98$) e ($M=3.07$; $DP=.89$); o género masculino sentiu existir uma monitorização mais elevada por parte do pai ($M=11.90$; $DP=2.90$) comparativamente com o género feminino ($M=11.40$; $DP=3.05$); na monitorização da mãe o género masculino percecionou-se com menor monitorização ($M=12.93$; $DP=2.22$) comparativamente com o género feminino ($M=13.23$; $DP=2.06$). Quando a comparação intergéneros equacionou as faixas etárias, obtiveram-se os resultados transpostos na tabela 1.

Tabela 24 – Diferenças intergénero para as variáveis independentes em estudo ao longo da idade

	Idade	Masculino		Feminino		t
		N	M(DP)	N	M(DP)	
QCM	11 anos	532	3.32(.82)	508	3.37(.80)	-.903n.s.
	13 anos	750	3.17(.87)	725	3.10(.89)	1.310n.s.
	15 anos	732	3.03(.87)	883	2.91(.90)	2.446*
	16 anos ou mais	403	2.99(.88)	344	2.93(.89)	.859n.s.
MM	11 anos	532	13.44(1.99)	508	13.92(1.62)	-3.744***

	13 anos	750	13.23(2.10)	725	13.34(1.93)	-.952n.s.
	15 anos	732	12.69(2.23)	883	12.97(2.15)	-2.526*
	16 anos ou mais	403	12.30(2.40)	344	12.78(2.29)	-2.669**
QCP	11 anos	532	3.06(.91)	508	2.76(.94)	4.916***
	13 anos	750	2.96(.94)	725	2.41(.96)	10.547***
	15 anos	732	2.78(.93)	883	2.22(.95)	11.318***
	16 anos ou mais	403	2.70(.95)	344	2.22(.98)	6.118***
MP	11 anos	532	12.55(2.72)	508	12.51(2.68)	.194n.s.
	13 anos	750	12.17(2.85)	725	11.61(2.89)	3.374***
	15 anos	732	11.64(2.91)	883	11.06(3.06)	3.648***
	16 anos ou mais	403	11.15(2.97)	344	10.43(3.31)	2.874**

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

QCM = Qualidade da Comunicação com a Mãe;

MM = Monitorização da Mãe;

QCP = Qualidade da Comunicação com o Pai;

MP = Monitorização do Pai.

Como se observa a QCM não obtém diferenças intergéneros ao longo das faixas etárias, a não ser aos 15 anos; o género feminino sente mais a MM em todas as faixas etárias, exceto aos 13 anos, onde não se verificam diferenças; o género masculino percebe QCP mais elevada do que o género feminino em todas as faixas etárias, tal como acontece com a MP, com exceção para os 11 anos onde não se registam diferenças.

Foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de QCP e QCM, para todas as variáveis de bem-estar, tanto quando considerada a totalidade da amostra como quando analisados os dados por géneros. As comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, mostraram que o grupo que se entendeu com qualidade de comunicação “muito fácil” relatou níveis mais elevados em todas as variáveis de bem-estar, quando comparado com os demais grupos; o grupo de comunicação “fácil” obteve níveis mais elevados em todas as variáveis de bem-estar, quando comparado com o grupo de comunicação “muito difícil ou difícil”.

Tabela 25 – Diferenças entre a qualidade de comunicação com mãe e com o pai em relação às variáveis de bem-estar

Comunicação com a Mãe

		<i>Difícil</i> M(DP)	<i>Fácil</i> M(DP)	<i>M. Fácil</i> M(DP)	F Total
QVRS	Total da Amostra	35.98(5.70)	38.61(5.05)	40.68(5.12)	239.219***
	Género Masculino	37.25(5.65)	39.40(4.83)	41.17(4.84)	84.983***
	Género Feminino	34.98(5.54)	37.82(5.15)	40.18(5.35)	150.679***
AE_QVRS	Total da Amostra	25.80(4.63)	27.53(4.11)	29.09(4.09)	183.310***
	Género Masculino	26.92(4.49)	28.32(3.90)	29.65(3.85)	66.414***
	Género Feminino	24.92(4.56)	26.75(4.16)	28.52(4.26)	113.260***
CO_QVRS	Total da Amostra	10.13(2.03)	11.07(1.85)	11.53(2.13)	148.098***
	Género Masculino	10.24(2.10)	11.07(1.82)	11.44(2.12)	51.195***
	Género Feminino	10.58(1.97)	11.08(1.87)	11.62(2.14)	99.575***
Sat. Vida	Total da Amostra	6.56(2.02)	7.21(1.74)	7.82(1.83)	149.225***
	Género Masculino	6.72(1.96)	7.23(1.67)	7.80(1.80)	56.045***
	Género Feminino	6.42(2.06)	7.20(1.82)	7.85(1.86)	93.063***

		Comunicação com o pai			F
		<i>Difícil</i> M(DP)	<i>Fácil</i> M(DP)	<i>M. Fácil</i> M(DP)	Total
QVRS	Total da Amostra	37.05(5.33)	39.64(4.99)	41.32(5.26)	215.985***
	Género Masculino	37.90(5.20)	39.78(4.86)	41.33(5.12)	69.420***
	Género Feminino	36.57(5.35)	39.48(5.51)	41.28(5.58)	117.103***
AE_QVRS	Total da Amostra	26.44(4.34)	28.27(3.97)	29.67(4.13)	188.869***
	Género Masculino	27.25(4.22)	28.61(3.83)	29.82(3.99)	62.732***
	Género Feminino	25.99(4.35)	27.87(4.09)	29.37(4.41)	87.112***
CO_QVRS	Total da Amostra	10.59(1.96)	11.34(1.94)	11.58(2.25)	92.061***
	Género Masculino	10.59(1.95)	11.14(1.93)	11.47(2.19)	30.539***
	Género Feminino	10.59(1.96)	11.57(1.93)	11.80(2.36)	73.813***
Sat. Vida	Total da Amostra	6.89(1.89)	7.52(1.71)	7.98(1.86)	118.769***
	Género Masculino	6.89(1.84)	7.40(1.63)	7.94(1.85)	55.621***
	Género Feminino	6.88(1.92)	7.66(1.79)	8.08(1.87)	66.116***

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Sat. Vida = Satisfação com a Vida

Na análise dos dados pela perspetiva do género, como se pode ver na tabela acima, as comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, obtêm diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em comparação, sendo que, como na amostra geral, quanto mais fácil a comunicação com o pai e com a mãe, mais elevados os índices das

variáveis de bem-estar. Desta tendência geral ressalta a exceção, no género feminino, de não se observarem diferenças na comparação entre os grupos “fácil” e “muito fácil” da comunicação com o pai, para a variável CO_QVRS.

Procedeu-se ainda à análise dos dados pela perspectiva das faixas etárias. Foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de qualidade de comunicação com o pai e com a mãe, para todas as variáveis de bem-estar, em todas as faixas etárias. As comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, mostraram que: (1) em todas as faixas etárias, quanto mais fácil a comunicação com o pai e com a mãe mais elevadas as médias de bem-estar em todas as variáveis; (2) tanto na comunicação com o pai como na comunicação com a mãe, na faixa etária dos 11 anos, não são observáveis diferenças na comparação entre os grupos “fácil” e “muito fácil”; (3) na faixa etária dos 16 anos ou mais, em QCP, não se observam diferenças na comparação entre os grupos “fácil” e “muito fácil”.

Foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de MM e de MP para todas as variáveis de bem-estar tanto na abordagem da amostra geral como na abordagem por géneros. As comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, indicaram que o grupo que se percecionou com MM e MP “alta” relatou níveis mais elevados de bem-estar em todas as variáveis, quando comparado com o grupo “médio” e com o grupo “baixo”. Do mesmo modo o grupo “médio” de MM e de MP obteve níveis mais elevados e estatisticamente significativos quando comparado com o grupo “baixo”. Na abordagem por géneros, as comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, mostraram diferenças estatísticas semelhantes à amostra geral.

Tabela 26 – Diferenças entre três níveis de Monitorização da Mãe e do Pai em relação às variáveis de bem-estar

		<i>Monitorização da Mãe</i>			F
		<i>Baixo</i> M(DP)	<i>Médio</i> M(DP)	<i>Alto</i> M	
QVRS	Total da Amostra	36.76(5.43)	38.63(5.11)	40.57(5.20)	179.512***
	Género Masculino	37.89(5.24)	39.69(4.63)	41.42(4.82)	85.112***
	Género Feminino	35.49(5.36)	37.62(5.35)	39.90(5.40)	116.979***
AE_QVRS	Total da Amostra	26.46(4.50)	27.62(4.11)	28.82(4.24)	103.958***

	Género Masculino	27.42(4.37)	28.55(3.71)	29.75(3.75)	57.325***
	Género Feminino	25.39(4.41)	26.74(4.27)	28.08(4.46)	66.198***
	Total da Amostra	10.24(1.96)	11.00(1.89)	11.71(2.01)	195.858***
CO_QVRS	Género Masculino	10.38(1.94)	11.12(1.83)	11.62(2.08)	70.392***
	Género Feminino	10.09(1.99)	10.89(1.94)	11.78(1.94)	132.764***
	Total da Amostra	6.68(1.96)	7.25(1.78)	7.85(1.77)	142.068***
Sat. Vida	Género Masculino	6.79(1.89)	7.37(1.67)	7.91(1.74)	68.041***
	Género Feminino	6.55(2.03)	7.13(1.88)	7.80(1.79)	77.860***

		<i>Monitorização do Pai</i>			F
		<i>Baixo</i>	<i>Médio</i>	<i>Alto</i>	
		M(DP)	M(DP)	M(DP)	
	Total da Amostra	36.80(5.53)	38.63(5.04)	40.86(4.89)	201.823***
QVRS	Género Masculino	37.79(5.36)	39.29(4.88)	41.27(4.66)	80.748***
	Género Feminino	35.99(5.55)	38.02(5.11)	40.36(5.11)	111.316***
	Total da Amostra	26.40(4.49)	27.61(4.12)	29.11(3.97)	136.955***
AE_QVRS	Género Masculino	27.29(4.41)	28.34(3.95)	29.65(3.65)	57.643***
	Género Feminino	25.68(4.44)	26.93(4.17)	28.46(4.25)	68.885***
	Total da Amostra	10.36(2.03)	11.01(1.91)	11.69(1.99)	151.860***
CO_QVRS	Género Masculino	10.40(2.01)	10.93(1.85)	11.58(2.03)	60.352***
	Género Feminino	10.33(2.05)	11.09(1.95)	11.83(1.94)	95.396***
	Total da Amostra	6.77(1.95)	7.24(1.74)	7.92(1.74)	137.053***
Sat. Vida	Género Masculino	6.86(1.89)	7.19(1.72)	7.92(1.66)	65.708***
	Género Feminino	6.70(1.99)	7.29(1.77)	7.92(1.83)	71.399***

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Sat. Vida = Satisfação com a Vida

Procedeu-se ainda à análise de dados na perspetiva das faixas etárias. Para a MM, as comparações *post-hoc* mostram que: (1) até à faixa etária dos 15 anos o grupo “alto” relata níveis mais elevados de bem-estar do que o grupo “médio” e do que o grupo “baixo” em todas as variáveis do bem-estar; (2) na faixa etária dos 16 anos ou mais não se obtêm diferenças entre os grupos “médio” e “alto” para QVRS, não se manifestam diferenças entre os grupos “baixo” e “médio” nem entre este e o “alto” para AE_QVRS; não se mostram diferenças entre os grupos “médio” e “alto” para SV. Para a MP, a análise dos resultados por faixa etária mostra diferenças entre os grupos em todas as faixas etárias, com algumas exceções nas faixas etárias dos 11 e 16 anos ou mais.

Assim, (1) aos 11 anos, não se obtêm diferenças entre os grupos “baixo” e “médio” nas variáveis QVRS, AE_QVRS e SV; em CO_QVRS não se observam diferenças entre os grupos “médio” e “alto”; (2) na faixa etária dos 16 anos ou mais não se colhem diferenças entre os grupos “médio” e “alto” nas variáveis AE_QVRS e CO_QVRS. Na análise dos dados por faixas etárias observa-se que o valor de “F” é mais elevado na MM nas faixas etárias dos 11 e 13 anos, passando a ser mais elevado na MP nas faixas etárias dos 15 e 16 anos ou mais.

A análise de regressão linear mostrou que os fatores de comunicação e monitorização parentais constituem potentes preditores do bem-estar experimentado pelos adolescentes. Quer na amostra total, quer na análise de dados pela perspetiva do género, a percentagem de variância explicada aproxima-se e supera os 10% de um possível modelo de explicação do bem-estar adolescente.

As variáveis de bem-estar dos adolescentes apresentam como primeiro e segundo preditor um fator ligado a cada um dos pais (comunicação ou monitorização), com exceção para a variável CO_QVRS em que na amostra total e no género masculino os dois primeiros preditores são referidos à figura materna. Quando o primeiro fator preditor das variáveis de bem-estar é a qualidade da comunicação com uma das figuras parentais, o segundo fator preditor é a monitorização da outra figura e vice-versa.

Quando considerada a amostra no seu todo, a percentagem de variância explicada por cada fator e a sequência de fatores preditores não coincide nem com o relevo nem com a sequência de fatores na perspetiva do género. A variância explicada pelos fatores da relação com os pais é superior em QVRS, e assumem relevo semelhante nas demais variáveis. A regressão linear por géneros apresenta uma variância explicada superior no género feminino do que no masculino.

Tabela 27 – Fatores preditores de Bem-Estar para as faixas etárias e para os géneros

VD	Total Amostra					Género Masculino				Género Feminino			
	P	VI	R ² Aj.	β	t	P	R ² Aj.	β	t	P	R ² Aj.	β	t
QVRS	1	QCP	.101	.147	7.410***	4	.003	.074	2.503*	3	.010	.136	5.073***

*Estudo 5 – Qualidade da Relação com os Pais e Bem-Estar nos Adolescentes
Portugueses*

(Kids 10)	2	MM	.047	.103	5.071***	3	.006	.127	4.166***	4	.006	.112	4.034***
	3	QCM	.013	.165	8.735***	2	.051	.174	6.126***	1	.114	.184	7.148***
	4	MP	.012	.152	7.136***	1	.079	.139	4.381***	2	.060	.151	5.237***
% V. Exp.			17.3%			13.9%			19.0%				
AE_QVRS (Kids 10)	1	QCP	.085	.150	7.390***	3	.003	.084	2.776**	3	.007	.116	4.173***
	2	MM	.023	.052	2.528*	4	.002	.082	2.651**	4	.002	.066	2.303*
	3	QCM	.010	.145	7.530***	1	.062	.157	5.444***	1	.082	.170	6.389***
	4	MP	.009	.131	6.063***	2	.037	.124	3.854***	2	.037	.126	4.230***
% V. Exp.			12.7%			10.4%			12.8%				
CO_QVRS (Kids 10)	1	MM	.085	.167	8.147***	1	.072	.153	5.093***	1	.101	.169	6.062***
	2	QCM	.026	.133	6.982***	2	.019	.143	6.109***	3	.010	.135	5.192***
	3	MP	.013	.116	5.373***	3	.008	.123	4.179***	4	.007	.107	3.955***
	4	QCP	.002	.063	3.115**					2	.037	.115	3.917***
% V. Exp.			12.6%			9.9%			15.5%				
Sat. Vida	1	MM	.064	.140	6.828***	1	.063	.206	8.795***	4	.007	.111	3.923***
	2	QCP	.037	.113	5.597***	2	.028	.120	4.351***	3	.007	.121	4.383***
	3	QCM	.007	.119	6.204***	3	.006	.094	3.366***	2	.039	.133	5.012***
	4	MP	.004	.087	4.019***					1	.072	.110	3.752***
% V. Exp.			11.2%			9.7%			12.5%				

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

Sat. Vida = Satisfação com a Vida;

QCM = Qualidade da Comunicação com a Mãe;

MM = Monitorização da Mãe;

QCP = Qualidade da Comunicação com o Pai;

MP = Monitorização do Pai;

VD = Variável Dependente;

P = Passos;

Vis = Variáveis Independentes;

R² Aj. = R² Ajustado.

Os fatores em estudo quanto à qualidade de relação com os pais têm diferentes incidências na perceção do bem-estar adolescente segundo o género: (1) explicam mais o bem-estar percebido pelo género feminino do que o percebido pelo género masculino; (2) observam-se ligeiras oscilações do impacto dos fatores no bem-estar do adolescente segundo a variável em causa e segundo o género; (3) a figura materna, na comunicação e monitorização, tem uma incidência mais elevada na preditibilidade da variável CO_QVRS, sobretudo no género masculino.

Procedeu-se ainda à análise de regressão linear segundo a faixa etária e segundo o género. Tal como na análise da amostra global, também na análise por faixas etárias, habitualmente, quando o primeiro fator preditor tem a ver com a figura materna, o segundo tem a ver com a figura paterna, havendo variáveis e faixas etárias em que as posições se invertem.

Tabela 28 – Fatores preditores de Bem-Estar para os géneros por faixa etária

VD	P	VIs	11 anos			13 anos			15 anos			16 anos ou mais		
			R ² Aj.	B	t	R ² Aj.	B	t	R ² Aj.	B	t	R ² Aj.	B	t
QVRS	1	QCP	Masculino											
AE_QVRS	1	QCP	Masculino											
Felicidade	1	QCP	Masculino											

Estudo 5 – Qualidade da Relação com os Pais e Bem-Estar nos Adolescentes Portugueses

			Feminino	6.7				9.3				10.6				6.6
CO_QVRS	1	QCP	Masculino									.018	.142	3.436***		
			Feminino	.030	.188	3.449***						.036	.102	2.372*		
	2	MM	Masculino				.056	.204	4.691***		.061	.217	5.236***	.072	.142	1.972*
			Feminino	.075	.223	4.075***					.115	.178	3.937***	.083	.144	1.946*
	3	QCM	Masculino	.010	.115	2.186*	.017	.142	3.278***					.023	.160	2.924**
			Feminino				.054	.188	4.342***	.011	.141	3.517***	.023	.170	2.723**	
	4	MP	Masculino	.051	.213	4.054***								.009	.148	2.079*
			Feminino				.030	.185	4.281***	.008	.136	2.832**	.015	.163	2.293*	
% V. Expl.			Masculino	6.1				7.3				7.9				10.4
			Feminino	10.5				8.4				17.0				12.1
Sat. Vida	1	QCP	Masculino				.030	.179	4.355***					.017	.139	2.529*
			Feminino	.071	.191	2.981**	.035	.178	3.833***							
	2	MM	Masculino	.042	.180	3.383***	.098	.287	6.976***					.036	.188	3.412***
			Feminino				.006	.148	3.394***	.005	.100	2.166*	.015	.165	2.268*	
	3	QCM	Masculino	.013	.131	2.460*				.053	.208	5.062***				
			Feminino	.011	.140	2.185*	.074	.146	2.868**	.034	.170	4.463***				
	4	MP	Masculino							.013	.123	2.985**	-			
			Feminino							.073	.168	3.816***	.068	.173	2.385*	
% V. Expl.			Masculino	5.5				12.8				6.6				5.3
			Feminino	8.2				11.5				11.2				8.3

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

Sat. Vida = Satisfação com a Vida;

QCM = Qualidade da Comunicação com a Mãe;

MM = Monitorização da Mãe;

QCP = Qualidade da Comunicação com o Pai;

MP = Monitorização do Pai;

VD = Variável Dependente;

P = Passos;

Vis = Variáveis Independentes;

R² Aj. = R² Ajustado.

A percentagem de variância explicada por estes fatores da relação com os pais tende a ganhar maior expressão até à faixa etária dos 15 anos, decrescendo ligeiramente na evolução para a faixa etária dos 16 anos ou mais. É na faixa etária dos 11 anos que a

percentagem de variância explicada é mais baixa em ambos os géneros. Como na amostra geral, observa-se que a relação com a mãe apresenta uma percentagem de variância explicada mais incisiva na variável CO_QVRS nas diferentes faixas etárias, em ambos os géneros.

Discussão dos resultados

Mais de metade dos adolescentes (cerca de 60%) consideram a comunicação com os pais, sobre os temas que os preocupam, como fácil ou muito fácil. Com a figura materna, 80.4% dos adolescentes estabelecem uma comunicação fácil ou muito fácil. Com a figura paterna, 40.3% dos adolescentes analisa a comunicação como difícil ou muito difícil. Na monitorização, os adolescentes consideram que a figura materna os conhece e acompanha mais, acedendo a mais informação do que a figura paterna. Os resultados mostram uma certa preponderância da figura materna na relação familiar com o adolescente, provavelmente porque os adolescentes passam mais tempo com as mães, com quem partilham sentimentos e emoções e com quem mantêm uma relação mais consistente e influente (Flouri, 2008; Lei & Wu, 2007; Trallero, 2010).

Na comparação intergéneros, eles avaliam a comunicação como mais fácil seja em relação ao pai seja à mãe; na monitorização, eles julgam que o pai os monitoriza mais do que elas e elas percecionam-se mais monitorizadas pela mãe do que eles. De acordo com a literatura, os resultados indicam que a tendência para a internalização no género feminino, acaba por tornar as adolescentes mais reservadas, enquanto a tendência para a externalização no género masculino facilitará a comunicação com os pais, (Matos et al., 2003; 2007). A literatura refere igualmente (Queija, 2009; Trallero, 2010), que as diferenças de género possuem um forte componente cultural que é veiculado pelos pais, sendo que o pai monitoriza mais o género masculino e a mãe mais o género feminino.

O estudo das diferenças intergénero ao longo das faixas etárias mostra que as figuras paternas têm desempenhos distintos consoantes os géneros desde a faixa etária dos 11 anos o que confirma a reprodução dos estereótipos culturais associados ao género, que

faz com que exista um tratamento diferenciado quando se trata de adolescentes masculinos ou de adolescentes femininos (Bisegger et al, 2005; Queija, 2009; Traverso-Yépez & Pinheiro, 2005).

A qualidade de comunicação com as figuras paternas tem impacto no bem-estar dos adolescentes masculinos e femininos, sendo que quanto mais fácil a comunicação com os pais sobre os temas que os preocupam, mais elevada é a sua vivência de bem-estar, a sua saúde. Estes resultados também são observáveis quando analisadas as diferentes faixas etárias. Deste modo a possibilidade de comunicação com o pai e com a mãe e a facilidade dessa mesma comunicação mostram-se decisivas no desenvolvimento saudável do adolescente. O bem-estar dos adolescentes, o seu desenvolvimento positivo precisa de tempo e de interesse comunicativo por parte do pai e da mãe. Estes resultados deverão estar presentes na reflexão das políticas do trabalho e das organizações que advogam exigências cada vez mais apertadas quanto ao aumento de produtividade e de avaliação para a ascensão nas carreiras profissionais. Estas exigências deverão passar mais por ajustes de gestão e de procedimentos do que por aumento do tempo no local de trabalho, sob pena de se estar a hipotecar o seu desenvolvimento das novas gerações, o que poderá trazer consequências imprevisíveis no âmbito da saúde (de pais e filhos), e no aumento da despesa pública. Ao mesmo tempo, estes dados, deverão induzir igualmente a reflexão dos ambientes domésticos quanto à gestão do tempo para a comunicação intergeracional, à qualidade dessa comunicação e à atenção aos temas que interessam e preocupam os adolescentes (Whiteman & Christiansen, 2008).

A monitorização quer da mãe quer do pai é considerada de grande significado para os adolescentes de ambos os géneros, no que ao seu bem-estar diz respeito. Como efeito quanto mais os adolescentes se percebem monitorizados pelas figuras materna e paterna tanto mais se dizem com elevados níveis de bem-estar, com diferenças estatisticamente significativas para os adolescentes que se avaliam com menor monitorização. Como referem vários estudos empíricos (Brooks & Goldstein, 2010; Camacho & Matos, 2008; Fröjd et al., 2007; Sussman et al., 2007), a monitorização parental construtiva e consistente está positivamente associada com o bem-estar e

satisfação com a vida, com melhor ajustamento, com menor envolvimento em comportamentos de risco e em grupos de pares desviantes, com menor consumo de substâncias, com menores sintomas de falta de saúde e mal-estar generalizado, com mais autoestima e competências sociais.

As monitorizações das figuras paterna e materna complementam-se. Com efeito, nas faixas etárias entre os 11 e os 13 anos a monitorização da mãe mostra maior associação com os índices de bem-estar do adolescente e a partir dos 15 anos a monitorização do pai parece obter maior associação com o bem-estar dos filhos, apesar da monitorização da mãe continuar a ser relevante. Estes resultados são consonantes com a literatura (Flouri, 2008; Lei & Wu, 2007; Trallero, 2010) quando refere que os adolescentes passam mais tempo com a mãe, com quem partilham mais emoções e sentimentos, mas que a partir da puberdade a qualidade da relação com o pai se torna um potente preditor da adaptação académica, do ajuste ao desenvolvimento pessoal e aos contextos, de boas estratégias de *coping* e de competências emocionais e sociais.

A comunicação e monitorização parentais mostram-se potentes preditores do bem-estar adolescente. Daí a necessidade de alimentar relações familiares positivas, dialogantes, construtivas, equilibradas, sensatas de modo a favorecer a promoção do bem-estar adolescente e o seu saudável desenvolvimento. Para além da quantidade de tempo que os pais passam com os filhos, importa cuidar da qualidade da comunicação e da monitorização, ou seja, da qualidade do tempo familiar (Berlin et al., 2008; Brooks & Goldstein, 2010; Carrillo et al., 2009; Çiviti & Çiviti, 2009).

Observa-se uma complementaridade, uma convivência entre os papéis desempenhados pelas figuras materna e paterna em relação ao bem-estar adolescente. Com efeito, nos dois primeiros preditores surge sempre a comunicação e a monitorização ora com o pai, ora com a mãe. Apenas no componente cognitivo de QVRS a figura materna assume um peso mais preponderante tanto na amostra geral como no género masculino. Assim, como descreve a literatura (Flouri, 2008, Lei & Wu, 2007; Trallero, 2010), as duas figuras parentais são determinantes no bem-estar do adolescente: embora possam ter

eventuais papéis distintos na relação com o adolescente, completam-se mutuamente no favorecimento do desenvolvimento saudável. É pois desejável que os adolescentes possam observar sintonia na comunicação e monitorização das figuras paternas.

O relevo atribuído pelos géneros aos fatores de comunicação e monitorização dos pais, enquanto preditores do seu bem-estar, é ligeiramente diferente quando se trata do género masculino ou do género feminino. Como tal a percentagem de variância explicada pelo modelo para o género feminino é superior à percentagem do modelo para o género masculino. Como referem Rajmil e colaboradores (2006) e Ruiz de Azúa (2007), o género feminino é mais sensível e suscetível de ser afetado pela qualidade de relação com os pais e pela qualidade do ambiente doméstico. Se se considerar ainda a tendência para internalização das adolescentes (Matos et al., 2003; 2007), encontra-se ainda maior sustentação para esta associação mais expressiva.

A análise de regressão linear por faixas etárias e segundo os géneros faz perceber que a qualidade de relação com as figuras parentais é de grande importância no bem-estar do adolescente em qualquer faixa etária. O relevo destes fatores torna-se ainda mais notável durante e após a puberdade e as mudanças biopsicossociais próprias da etapa do crescimento para a adultícia. Os dados mostram um crescendo da percentagem de variância explicada até aos 15 anos, decrescendo ligeiramente na faixa etária dos 16 anos ou mais. Vários estudos corroboram esta conclusão quando evidenciam associações significativas entre as Características das interações pais-filhos e os níveis de ajuste psicológico, de autonomia, de competências, de recursos pessoais, de resiliência manifestado pelos adolescentes (Berlin et al., 2008; Brooks & Goldstein, 2010; Carrillo et al., 2009; Laursen & Mooney, 2008; Rubin et al., 2009).

Considerações finais

A importância do contexto familiar é incontornável na saúde, no bem-estar adolescente e na sua realização positiva e feliz, tal como é referido pela literatura citada. As figuras materna e paterna parecem, efetivamente, fulcrais no bem-estar, na qualidade de vida,

na saúde, na satisfação com a vida dos adolescentes. Os adolescentes reclamam estas figuras para o seu desenvolvimento saudável, para lidarem com as mudanças que vivenciam, para se conseguirem organizar e estabilizar para uma adultícia cada vez mais exigente. Estas figuras podem fazer muito bem à saúde, ao bem-estar dos adolescentes e às novas gerações. Farão tanto melhor quanto conseguirem estabelecer relações de comunicação e de monitorização positivas, equilibradas, consistentes e construtivas com os adolescentes. Face às exigências da vida profissional e da sociedade atual, será de reavaliar algumas políticas do trabalho e da disponibilidade dos pais para a família, de definir prioridades sociais e de conseguir formas de organização familiar que permitam melhorar a comunicação e monitorização dos adolescentes.

Dos resultados do presente estudo, parece óbvio que a comunicação e a monitorização entre adolescentes e figuras parentais registam o impacto da conjugação do género, tanto quando se considera a figura materna e paterna, como quando se considera o género feminino ou masculino. A figura materna tende a monitorizar mais os adolescentes e a figura paterna mais os adolescentes. Isto poderá decorrer do processo de identidade, mas deve também contribuir para a reflexão quanto a aferir a qualidade da comunicação e monitorização dos Encarregados de Educação bem como a sua sintonia e consonância. No seguimento de Queija (2009) e Trallero (2010), quando referem que os pais aceitam melhor a autonomia procurada pelo género masculino do que pelo feminino, perante os resultados da monitorização, talvez fosse de reflectir se não seria mais adequada uma monitorização semelhante para ambos os géneros.

O estudo da monitorização e comunicação entre adolescentes e figuras parentais não permite uma separação entre fatores. Com efeito a comunicação é também monitorização e a monitorização também inclui a comunicação. Como tal, a análise de dados de bem-estar a partir destes fatores, pode chegar a conclusões muito semelhantes, embora com *nuances* ligeiramente distintas. A comunicação e monitorização são fatores entretecidos, não se podendo definir claramente onde termina um e começa o outro, tal como acontece com as distintas variáveis de bem-estar.

Como em qualquer relação interpessoal, as influências da comunicação e da monitorização pais-filhos acabam por ser mútuas, bidirecionais e recíprocas, embora se possa admitir que em graus e intensidades distintas. A comunicação e monitorização podem, e porventura devem, permitir a abertura a ajustes por parte dos vários intervenientes na relação, segundo a idade e o género dos adolescentes. Os dados trabalhados no presente estudo permitem ter apenas em consideração a perspetiva dos adolescentes sobre a comunicação e a monitorização com as figuras paternas. Julga-se que, em futuros possíveis estudos, seria de interesse perceber o entendimento das figuras parentais quanto à comunicação e monitorização dos adolescentes e, também, as semelhanças e diferenças a partir destas duas perspetivas.

Este estudo poderá constituir um contributo para a reflexão e para as práticas de promoção da saúde entre adolescentes e com pais. Para os pais poderá ajudar a aferir crenças, a estimular processos de comunicação e de monitorização, a trabalhar consensos familiares, a interessar-se pelos temas próprios da adolescência, a prestar maior atenção aos sinais dos adolescentes, a despende mais tempo e com qualidade na partilha com os adolescentes, a sintonizar estratégias entre eles. Para os adolescentes este estudo pode fundamentar a necessidade de aumentar a literacia emocional, o conhecimento e a expressão das próprias emoções, as competências de comunicação e as competências sociais. Para os técnicos de educação e de saúde, os resultados deste estudo poderão ser interessantes para fundamentar orientações e conselhos a adolescentes e pais, formação de pais e terapias familiares.

Referências Bibliográficas

- Arita, B., Romano, S., Garcia, N. & Félix, M. (2005). Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 10(1), 93-102.
- Berlin, L. J., Cassidy, J. & Appleyard, K. (2008). The influence of early attachments on other relationships. In J. Cassidy & Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment* (2º ed.): New York: Guilford, pp. 333-365.

- Bisegger, C., Cloetta, B., von Rüden, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U. & The European KIDSCREEN Group (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial und Präventivmedizin*, 50, 281-291.
- Botello-Harbaum, M., Nansel, T., Haynie, D. L., Iannotti, R. J. & Simons-Morton, B. (2008). Responsive parenting is associated with improved type 1 diabetes-related quality of life. *Child: Care, Health and Development*, 34, 675-681.
- Borges, A., Matos, M. & Diniz, J. (2011). Processo adolescente e saúde positiva: Âmbitos afetivo e cognitivo. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 24(2), 1-11.
- Brooks, R. & Goldstein, S. (2010). *El Poder de la Resiliencia. Cómo Superar los Problemas y la Adversidad*. Barcelona: Paidós.
- Camacho, I. & Matos, M. (2008). A família: fator de proteção no consumo de substâncias. In M. Matos (Eds.). *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?*. Lisboa: IDT, pp. 165-200.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Carrillo, S., Ripoll-Nuñez, K., Cabrera, V. & Bastidas, H. (2009). Relaciones familiares, calidad de vida y competencia social en adolescentes y jóvenes colombianos. *Summa Psicológica*, 6(2), 3-18.
- Çiviti, N. & Çiviti, A. (2009). Self-esteem as mediator and moderator of relationships between loneliness and life satisfaction in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47, 954-958.
- Collins, W. A. & Laursen, B. (2004). Parent-adolescent relationship and influences. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, New Jersey: Wiley, pp. 263-296.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertubtle, W., Samdal, O. & Rasmussen, V. (2004). *HBSC, and WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- Flouri, E. (2008). Fathering and adolescent's psychosocial adjustment: the role of father's involvement, residence and biology status. *Child: Care, Health and Development*, 34, 152-161.

- Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R. & Rimpelä, M. (2007). The association of parental monitoring and family structure with diverse maladjustment outcomes in middle adolescent boys and girls. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 949-958.
- Gilman, R., & Huebner, E. S. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(3), 311-319.
- Gringeri, A. & Von Mackensen, S. (2008). Quality of life. *Haemophilia*, 14, 19-25.
- Laible, D. & Thompson, R. (2000). Mother-child discourse, attachment security, shared positive affect, and early conscience development. *Child Development*, 71, 1424-1440.
- Laursen, B. & Mooney, K. S. (2008). Relationship network quality: Adolescent adjustment and perceptions of relationships with parents and friends. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 47-53.
- Le Roux, A. (2009). The relationships between adolescents' attitudes toward their fathers and loneliness: A cross-cultural study. *Journal of Child and Family Studies*, 18(2), 219-226.
- Lei, L. & Wu, Y. (2007). Adolescent's paternal attachment and internet use. *Cyber Psychology & Behavior*, 10, 633-639.
- Ma, C. & Huebner, S. (2008). Attachment relationship and adolescent's life satisfaction: some relationship matter more to girls than boys. *Psychology in the Schools*, 45(2), 177-190.
- Matos, M. & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde. (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro Anos Depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. & Equipa do Projeto Aventura Social (2007). *A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em oito anos*. Lisboa, CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- McElhaney, K., Porter, M., Thompson, L. & Allen, J. (2008). Apples and oranges: divergent meanings of parent's and adolescent's perceptions of parental influence. *The Journal of Early Adolescence*, 28, 206-229.
- Moroco, J. (2007). *Análise Estatística. Com Utilização do SPSS*. 3ª edição. Sílabo: Lisboa.

- Oliva, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescência. *Apuntes de Psicología*, 25, 238-254.
- Parra, A. & Oliva, A. (2007). Una Mirada transgeneracional sobre los conflictos entre madres y adolescentes. *Estudios de Psicología*, 28(1), 93-107.
- Queija, I. (2009). El desarrollo sócio-emocional del adolescente. In Begoña Delgado Egido (Coord.). *Psicología del desarrollo. Desde la infancia a la vejez*. Vol. 2, Madrid, McGraw-Hill/Interamericana de España, pp. 115-136.
- Rajmil, L., Alonso, J., Berra, S., Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Simeoni, M-C., Auquier, P. & The Kidscreen Group. (2006). Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *Journal of Adolescent Health*, 38, 511-518.
- Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R., & Maes, L. (2007). Measuring the health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal Public Health*, 15, 179-186.
- Rubin, K. H., Dwyer, K. M., Booth-LaForce, C., Kim, A. H., Burgess, K. B., & Rose-Krasnor, L. (2004). Attachment, friendship, and psychosocial functioning in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 24(4), 326-356.
- Rubin, K., Coplan, R., & Bowker, J. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology*, 60, 141-171.
- Ruiz de Azúa, S. (2007). *Autoconcepto físico: Estructura interna, medida Y variabilidad*. Bilbao: UPV/EHU.
- Suldo, S., & Huebner, E. S. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research*, 78, 179-203.
- Sussman, S., Pokhrel, P., Ashmore, R. D., & Brown, B. B. (2007). Adolescent peer group identification and characteristics: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 32, 1602-1627.
- Trallero, J. (2010). *El Adolescente en su Mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Traverso-Yépez, M. & Pinheiro, V. (2005). Socialização de gênero e adolescência. *Revista Estudos Feministas*, 13(1), 147-162.

Whiteman, S. D. & Christiansen, A. (2008). Processes of sibling influence in adolescence: individual and family correlates. *Family Relations*, 57, 24-34.

Estudo 6 – Qualidade da Relação com Pares e Bem-Estar nos Adolescentes: Colegas de Turma, Amigos Especiais e Comunicação com os Pares⁶

Resumo

Na adolescência observa-se a intensificação da relação de pares. O estudo quer perceber o comportamento das variáveis de bem-estar frente a distintos níveis de comunicação, de relação com colegas de turma e com amigos especiais, considerando a idade e o género. Utilizaram-se os dados da amostra portuguesa Health Behaviour in School-Aged Children 2006, constituída por 4877 adolescentes, média de idade de 14 anos, 49,6% masculinos. Procedeu-se a uma análise descritiva, uma análise bivariada comparativa e à realização de modelos de regressão linear múltipla. A relação com os pares mostra associação ao bem-estar: elas relatam maior associação entre bem-estar e amigos especiais, eles maior associação entre bem-estar e colegas de turma. A relação e comunicação com os pares evolui com a idade. A relação com os pares de turma manifesta-se como principal preditor.

Palavras chave: Adolescência; Pares; Turma; Comunicação; Bem-Estar.

⁶Borges, A., Tomé, G., Matos, M. & Diniz, J. (accepted, under review) Qualidade da Relação com Pares e Bem-Estar nos Adolescentes: Colegas de Turma, Amigos Especiais e Comunicação com os Pares. *Psicothema*

Revisão de Literatura

Na adolescência assiste-se a um progressivo estreitamento das relações entre pares. É no seio dos pares que o adolescente gosta de passar tempo, procura aprovação, ajusta a identidade, independentemente do tipo de atividade que se faça (Stoeckli, 2010).

A literatura associa amigos e bem-estar: os pares permitem gerar um ambiente propício ao desenvolvimento saudável, a bons níveis de pertença à escola e a bons resultados académicos (Vaquera & Kao, 2008); predizer felicidade e satisfação com a vida (Demir & Weitekamp, 2007); providenciar suporte social, partilha de interesses, sentimentos e emoções (Suldo & Huebner, 2006); contribuir para a formação da identidade positiva, desenvolvendo atitudes, opiniões, prioridades, competências de vida, suporte para lidar com adversidades e objetivos comuns (Sussman, Pokhrel, Ashmore & Brown, 2007); aprender a resolver conflitos, trabalhar e incrementar o desenvolvimento de competências sociais (Segrin & Taylor, 2007); aumentar a autoestima e prevenir sentimentos de tristeza e infelicidade (Tomé, Matos & Diniz, 2008); partilhar experiências, promover comportamentos pró-sociais, práticas altruístas, bom rendimento académico e sentir-se aceite (Steinberg, 2005).

Os relacionamentos mais próximos, com maior companheirismo e intimidade têm mais influência no bem-estar adolescente do que aqueles aonde existem conflitos ou baixa qualidade relacional. O suporte social dos colegas de turma tem um efeito superior na satisfação com a vida dos adolescentes do que o dos amigos especiais (Suldo & Hueber, 2006).

A relação com os pares é conjugada de forma diferente segundo o género (Pereira & Matos, 2005; Trallero, 2010). Eles passam mais tempo com o grupo, ficam mais dias com os amigos e saem mais vezes à noite (Tomé et al., 2008). Elas cultivam maior proximidade com os amigos, têm amizades mais restritas e íntimas; eles inserem-se geralmente em grupos maiores, com maior abertura para novas amizades e menor intimidade (Vaquera & Kao, 2008), sendo mais permeáveis às influências do grupo

nomeadamente nos comportamentos de risco (Kuntsche & Gmel, 2004). Elas estabelecem relações interpessoais e influem nelas mediante negociações verbais; eles utilizam mais a atividade física, a agressão e o domínio (Trallero, 2010). Elas costumam ter maior número de amizades especiais, sendo mais próximas e interdependentes, empáticas, com maior necessidade de apoio e de afeto, com maior partilha de informações pessoais, de questões que as preocupam, de pensamentos e de emoções; eles embora com a idade incrementem a intimidade, tendem a manter as amizades em função de atividades, de ação, mais do que de confissões pessoais (Galambos, 2004; Trallero, 2010).

As relações de pares variam com a idade, tanto no número de membros do grupo, como no género dos mesmos, como na qualidade da relação, como na maior ou menor intensidade da influência (Trallero, 2010). A identificação de certos traços como valiosos e de outros como indesejáveis reforça a desigualdade entre géneros ao longo da idade: os adolescentes que contrariem as normas genéricas vigentes nos pares, correm o risco de sofrer exclusões e hostilidade (Wolfe, Jaffe, & Crooks, 2006).

Este estudo quer perceber como se comportam as variáveis de bem-estar frente a distintos níveis de comunicação e qualidade de relação com os amigos especiais e de turma, considerando diferenças entre géneros e idade. É esperado que quanto melhor a qualidade das relações e da comunicação melhor será a perceção de bem-estar dos adolescentes.

O estudo ilustra a compreensão do desenvolvimento adolescente e demonstra o relevo dos contextos turma e amigos especiais na saúde e bem-estar dos adolescentes.

Método

Amostra

A amostra é constituída por 4877 indivíduos adolescentes, residentes em Portugal continental, a frequentar as escolas públicas, 49.6% do género masculino e 50.4% do feminino, média de idade 14 anos, desvio padrão 1.89, correspondendo aos participantes do estudo europeu *Health Behaviour in School-aged Children 2006* (Matos, et al., 2007).

Medidas

Utilizou-se o questionário HBSC 2006, segundo o respetivo protocolo. O questionário faculta informação dos dados demográficos, dos indicadores de bem-estar (qualidade de vida relacionada com a saúde e satisfação com a vida) e da relação com os pares (Currie, et al., 2004).

A qualidade da relação com os pares da turma (QRPT) foi medida por uma subescala de três itens. As respostas ocorreram numa escala de *Likert* de cinco pontos. A consistência interna, medida por *alfa de Cronbach*, foi de .668.

A qualidade da relação com amigos especiais (QRPE) foi precedida por uma questão sobre a existência de um ou mais amigos especiais. A QRPE foi medida por uma subescala de dez itens, com uma consistência interna de *alfa de Cronbach* de .953. Os itens consistiram em afirmações com cinco possibilidades de resposta, entre “é sempre falso” e “é sempre verdade”.

A qualidade da comunicação com os pares (QCP) foi medida por uma subescala de três itens, com um índice de consistência interna *alfa de Cronbach* de .743. Os participantes responderam numa escala de *Likert* de quatro pontos sobre o à-vontade que sentiam para abordar temas que os preocupavam com amigos especiais, do mesmo sexo, e do sexo oposto.

A qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) foi medida pelo *Kidscreen 10*: os seus autores propõem a escala para avaliar uma característica unidimensional global de saúde (Rajmil et al., 2006) mas, segundo Borges, Matos e Diniz (2011), a escala permite decifrar dois fatores, correspondendo o primeiro ao componente afetivo (AE_QVRS) e

o segundo ao componente cognitivo (CO_QVRS); as dez questões da escala situam o adolescente na semana anterior para que responda numa escala de *Likert* de cinco pontos entre “nada” e “totalmente”.

A satisfação com a vida (SV) foi medida com a escala de Cantril (1965), representada graficamente como uma escada, onde o degrau “10” corresponde à “melhor vida possível” e o degrau “0” representa a pior vida possível; foi solicitado que os adolescentes assinalassem o degrau que melhor descrevia o que sentiam naquele momento.

Procedimento

Método

O estudo é descritivo e correlacional de carácter transversal, numa amostra representativa da população de alunos do 6º, 8º e 10º anos das escolas públicas em Portugal continental.

A unidade de análise foi a turma. Primeiro as escolas e depois as turmas foram seleccionadas aleatoriamente até se obter uma amostra representativa, com uma percentagem de 3.7%. Obtidas as necessárias autorizações, contactaram-se e enviaram-se os questionários para as escolas (Matos, et al., 2007). Em janeiro de 2006, os professores administraram os questionários em sala de aula, sendo a participação dos alunos voluntária.

Análise de dados

As respostas obtidas foram vertidas numa base de dados, no programa Statistical Package for Social Sciences, versão 18.0 para Windows, que permitiu a posterior análise e tratamento estatístico. Os dados de cada subescala dos pares foram organizados em três grupos distintos: baixo, médio e alto. Na subescala QRPE só foram

tomadas em consideração as respostas dos participantes que previamente referiram ter um ou mais amigos especiais.

As variáveis independentes são os grupos resultantes das subescalas dos pares; as variáveis dependentes são os dados que traduziram o bem-estar. Depois da análise descritiva, procedeu-se à comparação de médias (*t de student e Anova*) e à regressão logística. Os métodos adotados nas comparações *post-hoc* foram *Tukey* para os homogéneos e *Games-Howell* para os heterogéneos (Maroco, 2007). Analisaram-se ainda os dados em função da idade e do género.

Resultados

Cerca de 95% dos adolescentes possuem um ou mais amigos especiais. Os itens de QRPE são percecionados entre 75% e 85% como “sempre” ou “a maior parte das vezes” positivos. A QCP é percecionada em cerca de 85% como “fácil” ou “muito fácil” para os amigos especiais e do mesmo sexo e em cerca de 59% para os de sexo oposto. A QRPT é vista por mais de 80% com agrado “sempre” ou “a maior parte das vezes”.

Na comparação intergéneros foram obtidas diferenças estatisticamente significativas para ter um ou mais amigos especiais [$\chi^2(1) = 44.13$; $p < .001$], para QRPT [$t(4790) = 4.83$; $p < .001$] e para QRPE [$t(4467) = -14.65$; $p < .001$]. No género masculino 92.1% têm um ou vários amigos especiais para 96.6% no género feminino; na QRPT o género masculino relatou qualidade mais elevada ($M = 12.58$; $DP = 2.00$) comparativamente com o género feminino ($M = 12.29$; $DP = 2.08$); na QRPE o género masculino relatou qualidade mais baixa ($M = 40.44$; $DP = 8.84$) comparativamente com o género feminino ($M = 44.03$; $DP = 7.44$). A QCP não obteve diferenças.

Na comparação intergéneros considerando as faixas etárias (11, 13, 15 e 16 anos ou mais), observou-se que ter um ou mais amigos especiais, obtém diferenças até aos 15 anos: o género feminino mostra percentagens mais elevadas (entre 94% e 97%) do que o género masculino (entre 91% e 93%). A QRPT é percecionada com maior qualidade

pelo género masculino, em todas as faixas etárias, com exceção para os 15 anos, onde não se observam diferenças. A QCP aos 11 anos é mais elevada no género masculino, aos 13 anos não regista diferenças e aos 15 anos é percecionada como mais elevada pelo género feminino. A QRPE é percecionada pelo género feminino como mais elevada em todas as idades.

A variável “tens um ou vários amigos que sejam especiais para ti, em quem confies, que te façam sentir bem contigo mesmo, e que te apoiem quando precisas” mostrou diferenças em relação às variáveis de bem-estar, com exceção para CO_QVRS: em QVRS [$t(4645)=3.59$; $p<.001$], os que responderam “sim” obtiveram médias mais elevadas ($M=38.88$; $DP=5.48$) do que os que responderam “não” ($M=37.39$; $DP=6.35$); em AE_QVRS [$t(4645)=4.19$; $p<.001$], os que responderam “sim” mostraram médias mais elevadas ($M=27.80$; $DP=4.34$) do que os que responderam “não” ($M=26.34$; $DP=5.34$); em SV [$t(4645)=4.25$; $p<.0019$], os que responderam “sim” obtiveram médias mais elevadas ($M=7.33$; $DP=1.89$) do que os que responderam “não” ($M=6.75$; $DP=2.12$). As diferenças também se observaram quando os dados foram analisados a partir das perspetivas do género e das faixas etárias.

Foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de QRPT para as variáveis de bem-estar, tanto na amostra geral como por géneros (ver tabela 1).

Tabela 29 – Diferenças entre níveis de QRPT em relação às variáveis de bem-estar

		<i>Baixo</i> M(DP)	<i>Médio</i> M(DP)	<i>Alto</i> M(DP)	F
QVRS	Total	36.30(5.88)	38.61(5.03)	40.86(5.04)	243.154***
	Masculino	37.09(5.68)	39.48(4.72)	41.38(4.78)	114.968***
	Feminino	35.66(5.97)	37.77(5.17)	40.27(5.26)	120.462***
AE_QVRS	Total	25.72(4.70)	27.55(4.05)	29.46(3.90)	262.625***
	Masculino	26.54(4.49)	28.39(3.78)	29.97(3.68)	119.952***
	Feminino	25.05(4.77)	26.73(4.13)	28.87(4.05)	134.159***
CO_QVRS	Total	10.55(2.18)	11.04(1.85)	11.39(2.16)	55.848***
	Masculino	10.52(2.22)	11.05(1.84)	11.36(2.09)	27.691***
	Feminino	10.57(2.15)	11.02(1.87)	11.41(2.23)	28.326***
Sat. Vida	Total	6.71(2.17)	7.27(1.79)	7.79(1.71)	112.158***
	Masculino	6.81(2.08)	7.29(1.77)	7.79(1.70)	48.519***
	Feminino	6.63(2.24)	7.24(1.81)	7.78(1.74)	62.157***

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Sat. Vida = Satisfação com a Vida

As comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, indicaram que o grupo com QRPT “alta” relatou níveis mais elevados nas variáveis de bem-estar quando comparado com o grupo “médio” e com o grupo “baixo”. Também o grupo “médio” de QRPT mostrou níveis mais elevados quando comparado com o grupo “baixo”. Nas abordagens por géneros e nas faixas etárias dos 13 e 15 anos, as comparações *post-hoc* mostraram diferenças estatísticas semelhantes. Aos 11 e aos 16 anos, em CO_QVRS e SV, as diferenças ocorrem apenas na comparação entre grupos “baixo” e “alto”, tendo este obtido médias mais elevadas.

Procedeu-se ainda à comparação *post-hoc* dos grupos de QRPT considerando ao mesmo tempo a idade e o género em relação ao bem-estar. Os resultados mostram: (1) em ambos os géneros, o grupo “alto” relata níveis mais elevados de bem-estar; (2) as diferenças entre grupos são mais abundantes no género masculino do que no feminino, em todas as idades, com exceção para os 15 anos em que são semelhantes; (3) no género masculino a idade com menos diferenças entre grupos de QRPT é 11 anos e no género feminino 11 e 16 anos ou mais.

Foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de QRPE nas variáveis de bem-estar tanto na amostra geral como na abordagem por géneros (ver tabela 2).

Tabela 30 – Diferenças entre níveis de QRPE em relação ao bem-estar

		<i>Baixo</i> M(DP)	<i>Médio</i> M (DP)	<i>Alto</i> M(DP)	F
QVRS	Total	37.60(5.65)	38.75(5.28)	39.98(5.50)	55.084***
	Masculino	38.39(5.37)	40.04(4.87)	41.09(5.01)	41.804***

	Feminino	36.12(5.87)	37.63(5.38)	39.37(5.62)	47.551***
	Total	26.79(4.49)	27.67(4.19)	28.71(4.37)	57.206***
AE_QVRS	Masculino	27.53(4.24)	28.80(3.84)	29.79(3.89)	45.860***
	Feminino	25.41(4.61)	26.68(4.24)	28.12(4.51)	52.658***
	Total	10.79(2.13)	11.04(1.99)	11.25(2.08)	14.794***
CO_QVRS	Masculino	10.84(2.05)	11.18(1.93)	11.25(2.16)	7.979***
	Feminino	10.71(2.27)	10.92(2.03)	11.26(2.03)	10.610***
	Total	6.99(1.97)	7.28(1.81)	7.65(1.94)	38.842***
Sat. Vida	Masculino	7.13(1.85)	7.42(1.75)	7.72(1.95)	14.772***
	Feminino	6.72(2.16)	7.17(1.85)	7.61(1.94)	29.557***

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Sat. Vida = Satisfação com a Vida

As comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, indicaram que o grupo com QRPE “alta” relatou níveis mais elevados de bem-estar, quando comparado com o grupo “médio” e com o grupo “baixo”. Igualmente o grupo “médio” de QRPE mostrou níveis mais elevados quando comparado com o grupo “baixo”. Na abordagem por géneros, as comparações *post-hoc* mostraram diferenças estatísticas semelhantes à amostra geral, com algumas exceções: (1) no género masculino, em CO_QVRS, não se observam diferenças entre os grupos “médio” e “alto”; (2) no género feminino, em CO_QVRS, não se observaram diferenças entre os grupos “baixo” e “médio”. Na abordagem por faixas etárias, as comparações *post-hoc* mostram diferenças entre todos os grupos, com algumas exceções: (1) aos 11 anos, em CO_QVRS não há diferenças entre os grupos “médio” e “alto”; (2) aos 15 anos, em QVRS, não há diferenças entre os grupos “baixo” e “médio”; em CO_QVRS não há diferenças; em SV só há diferenças entre os grupos “baixo” e “alto”; (3) aos 16 anos mantêm-se as características dos 15 anos.

Procedeu-se ainda à comparação *post-hoc* dos grupos de QRPE considerando ao mesmo tempo a faixa etária e o género em relação às variáveis de bem-estar. Os resultados indicam: (1) em ambos os géneros, o grupo “alto” relata níveis mais elevados de bem-

estar; (2) as diferenças entre grupos são mais abundantes no género feminino do que no masculino em todas as idades; (3) as idades com menos diferenças, no género masculino são os 15 e 16 anos, no género feminino é os 16 anos; (4) AE_QVRS mostra maior impacto de QRPE no evoluir da idade, em ambos os géneros; (5) CO_QVRS, no género masculino, a partir dos 15 anos não mostra associação com a QRPE, o que não acontece no género feminino.

Foram obtidas diferenças entre grupos de QCP para as variáveis de bem-estar, com exceção para CO_QVRS. A análise de dados pela perspetiva do género masculino mostrou características idênticas às da amostra geral. A análise de dados pela perspetiva do género feminino reparou que a QCP se associa com a variável AE_QVRS, mas não com as variáveis CO_QVRS, SV e QVRS (ver tabela 3).

Tabela 31 – Diferenças entre níveis de QCP em relação ao bem-estar

		<i>Baixo</i>	<i>Médio</i>	<i>Alto</i>	F
		M (DP)	M(DP)	M(DP)	Total
QVRS	Total	38.34(5.65)	38.67(5.17)	39.44(5.54)	12.902***
	Masculino	39.03(5.26)	39.63(4.84)	40.59(4.86)	14.609***
	Feminino	37.63(5.94)	37.89(5.30)	38.34(5.92)	2.394n.s.
AE_QVRS	Total	27.19(4.43)	27.55(4.20)	28.44(4.29)	27.151***
	Masculino	27.85(4.11)	28.46(3.84)	29.48(3.75)	26.525***
	Feminino	26.51(4.64)	26.80(4.34)	27.44(4.52)	6.836***
CO_QVRS	Total	11.11(2.10)	11.10(1.91)	10.98(2.14)	1.654n.s.
	Masculino	11.09(2.00)	11.14(1.95)	11.07(2.10)	.236n.s.
	Feminino	11.13(2.21)	11.07(1.87)	10.90(2.18)	2.241n.s.
Sat. Vida	Total	7.13(1.94)	7.28(1.76)	7.41(1.96)	6.383**
	Masculino	7.14(1.87)	7.34(1.66)	7.51(1.92)	6.160**
	Feminino	7.13(2.02)	7.23(1.83)	7.31(1.99)	1.336n.s.

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Sat. Vida = Satisfação com a Vida

As comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, na amostra geral, indicaram que o grupo com QCP “alto” relatou níveis mais elevados de bem-estar, quando comparado com o grupo “médio” e com o grupo “baixo”, com exceção (1) para CO_QVRS, sem associação com QCP, e (2) para SV onde o grupo “alto” obteve diferenças apenas em relação ao grupo “baixo”.

Na abordagem por géneros, as comparações *post-hoc* mostraram que, no género masculino, ao grupo “alto” de QCP correspondiam índices de bem-estar mais elevados, quando comparado com o grupo “baixo”, com exceção para CO_QVRS, onde não há diferenças. Em QVRS e AE_QVRS, o grupo “alto” também mostrou diferenças em relação ao grupo “médio”. Em AE_QVRS registaram-se ainda diferenças entre os grupos “baixo” e “médio”. No género feminino apenas AE_QVRS mostrou associação com QCP, tendo o grupo “alto” obtido resultados mais elevados do que os restantes grupos.

Por idades, aos 11 anos não se verificam diferenças. Aos 13 anos o grupo “alto” de QCP obteve índices de bem-estar mais elevado em todas as variáveis, com exceção para CO_QVRS, em comparação com o grupo “médio” e com o grupo “baixo”. Aos 15 anos, em QVRS e AE_QVRS, o grupo “alto” manifesta índices mais elevados de QCP do que o grupo “baixo” e do que o grupo “médio”, e este último índices mais elevados do que o grupo “baixo”; em CO_QVRS observam-se diferenças entre os grupos “baixo” e “médio”; em SV as diferenças são entre os grupos “baixo” e “alto”, tendo o grupo baixo mostrado níveis menos elevados. Aos 16 anos ou mais observam-se diferenças em QVRS e AE_QVRS: o grupo “alto” obtém índices de bem-estar mais elevados do que os outros grupos e o grupo “médio” do que o grupo “baixo”.

Procedeu-se também à comparação *post-hoc* dos grupos de QCP considerando ao mesmo tempo a faixa etária e o género em relação às variáveis de bem-estar. Os resultados mostram: (1) aos 11 anos não há diferenças entre grupos; (2) SV obtêm diferenças aos 13 e 15 anos, em ambos os géneros, tendo o grupo “alto” obtido médias

mais elevadas do que o grupo “baixo”; (3) o grupo “alto” de QCP relata níveis mais elevados em QVRS e AE_QVRS a partir dos 13 anos, em ambos os géneros.

A análise de regressão linear mostrou a QRPT como principal preditor do bem-estar adolescente (ver tabela 4).

Tabela 32 – Fatores preditores de Bem-Estar para a amostra total e para os géneros

VD	P	Vis	Amostra Total			Género Masculino			Género Feminino		
			R ² Aj.	β	t	R ² Aj.	β	t	R ² Aj.	β	t
QVRS	1	QRPT	.102	.306	19.008***	.085	.263	11.125***	.109	.314	14.267***
	2	QRPE	.004	.058	3.495***	.016	.133	5.613***	.007	.086	3.926***
	3	QCP	.001	.033	1.990*	-			-		
% V. Exp			10.7%			10.1%			11.6%		
AE_QVRS	1	QRPT	.107	.311	19.547***	.087	.261	11.112***	.116	.320	14.691***
	2	QRPE	.002	.048	2.917**	.017	.115	4.747***	.009	.083	3.698***
	3	QCP	.006	.071	4.352***	.006	.085	3.543***	.002	.053	2.400*
% V. Exp			11.5%			11.0%			12.7%		
CO_QVRS	1	QRPT	.025	.155	9.373***	.020	.133	5.466***	.028	.175	7.832***
	2	QCP	.002	-.057	-3.389**	.002	-.054	-2.174*	.003	-.052	-2.329*
	3	QRPE	.002	.054	3.140**	.003	.077	3.064**	-		
% V. Exp			2.9%			2.5%			3.1%		
SV	1	QRPT	.051	.212	13.079***	.034	.170	7.100***	.064	.234	10.563***
	2	QRPE	.005	.078	4.806***	.005	.078	3.272***	.008	.095	4.276***
	3	QCP	-			.-			-		
% V. Exp			5.6%			3.9%			7.2%		

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

SV = Satisfação com a Vida

VD = Variável Dependente

P = Passos

Vis = Variáveis Independentes

R² Aj. = R² Ajustado

Os fatores da qualidade de relação com os pares têm uma percentagem de variância explicada superior para o género feminino do que para o género masculino. A QRPE surge como segundo preditor em AE_QVRS. A QCP não manifesta preditibilidade em

QVRS e SV, para ambos os géneros. A QRPE não mostra associação com CO_QVRS no género feminino.

Procedeu-se, também, à regressão linear por faixas etárias e, dentro destas, por géneros. Aos 11 anos, no género masculino, a QRPE é o primeiro preditor de bem-estar; no género feminino, o primeiro preditor é QRPT. Aos 13 anos, no género masculino, QRPT é o primeiro preditor; no género feminino, QRPT é, igualmente, o primeiro preditor, com exceção para CO_QVRS em que o primeiro preditor é QRPE. Aos 15 anos o primeiro preditor para ambos os géneros é QRPT. Aos 16 anos ou mais, no género masculino, o primeiro preditor é QRPT; no género feminino, o primeiro preditor é QRPT para QVRS e CO_QVRS, e QCP para AE_QVRS e SV.

Discussão dos resultados

A qualidade da relação com os pares é predominantemente elevada. O estreitamento das relações com os pares nesta fase da vida e a importância atribuída ao grupo estão associados ao bem-estar do adolescente (Stoeckli, 2010).

Elas têm mais amigos especiais do que eles, obtendo níveis mais elevados na QRPE. Os autores destacam a empatia, as confidências, a necessidade de apoio e afeto do género feminino como geradores de maior proximidade emocional com os pares (Galambos, 2004). Eles obtêm valores mais elevados na QRPT, tendo a ver com a sua preferência por grupos mais alargados (Vaquera & Kao, 2008) e por relações de amizade em função de atividades partilhadas e da ação (Trallero, 2010).

Aos 11 anos o género masculino percebe-se com QCP mais elevada; aos 13 anos não se obtêm diferenças para QCP; a partir dos 15 anos o género feminino percebe a QCP mais elevada. Com a idade, elas investem mais na QCP porque têm mais amigos especiais e porque querem dar consistência à QRPE. Como refere Wolfe e colaboradores (2006), os pares, com a evolução da idade, definem e alargam as diferenças entre géneros.

Ter um ou vários amigos especiais é potenciador do bem-estar em qualquer faixa etária, em ambos os géneros. Pode não decidir uma melhor prestação cognitiva, mas associa-se a QVRS, AE_QVRS e SV. Ajudar a cultivar relações de pares assentes em valores e regras que providenciem confiança e qualidade à relação pode constituir um importante contributo para o bem-estar e para a autoestima (Stoeckli, 2010). A ausência de associação entre CO_QVRS e os amigos especiais permite incentivar a estruturação do componente cognitivo de modo a desenvolver estratégias para lidar com eventuais adversidades das relações de pares e para sustentar quebras no componente afetivoemocional do bem-estar.

Quanto mais elevada QRPT, mais altos os índices de bem-estar. Estes resultados são observáveis em ambos os géneros e nas diferentes faixas etárias, assumindo particular relevo entre os 13 e os 15 anos de idade. Já Suldo e Hueber (2006) concluíam do efeito da QRPT na SV dos adolescentes como superior ao da QRPE. Outros estudos falam da QRPT associada ao sentimento de pertença à escola e ao bem-estar dos adolescentes, nos componentes cognitivo e afetivo (Steinberg, 2005; Vaquera & Kao, 2008).

Quanto mais alta QRPE, mais elevado é o bem-estar. A literatura ilustra que a qualidade das relações de amizade se liga ao suporte social, à autoestima, às competências sociais, a bons resultados académicos e a outros indicadores de saúde e bem-estar (Steinberg, 2005; Suldo & Hueber, 2006). A associação entre QRPE e bem-estar vai declinando com a idade (neles dilui-se a partir dos 15 anos e nelas atenua-se a partir dos 16 anos ou mais), particularmente nas variáveis de pendor cognitivo. A QRPE mostra associação ao bem-estar feminino em todas as idades, tanto no componente cognitivo como no afetivo. Como escrevem Galambos (2004) e Trallero (2010), o género feminino valoriza mais as relações com os pares especiais, fica mais dependente destas relações, é mais empático e sensível à flutuação da qualidade das relações. O género feminino tende a manter relações mais íntimas com os seus pares, a quem atribui grande importância e relevo na conversação (Kuntsche & Gmel, 2004).

A QCP mostra associação com as variáveis de bem-estar, sobretudo nas variáveis QVRS e AE_QVRS: quanto mais elevada QCP, maiores os índices de bem-estar. O género masculino dá maior relevo à QCP, uma vez que os níveis da comunicação só não afetam CO_QVRS. No género feminino a QCP associa-se apenas a AE_QVRS. É a partir dos 13 anos que a QCP se associa ao bem-estar. Quanto mais o adolescente se entranha com os pares, mais importância atribui à QCP, correspondendo a uma intensificação das confidências em relação ao mundo dos adultos (Trallero, 2010). A suscetibilidade do género masculino à QCP é corroborada pelos autores quando descrevem maior permeabilidade às influências do grupo (Kuntsche & Gmel, 2004; Vaquera & Kao, 2008).

A análise de regressão linear apresentou QRPT como o principal preditor do bem-estar. É no componente afetivo do bem-estar que se obtêm percentagens de variância explicada mais elevadas. Suldo e Hueber (2006) já haviam observado que o efeito dos colegas de turma no bem-estar não só era significativo como superior ao dos amigos especiais. Os preditores divergem com o género e com a idade, significando que o relevo dos pares no bem-estar tem impactos diferentes no processo de desenvolvimento, de acordo com o género e com a idade (Trallero, 2010). Ao longo da idade a qualidade da relação com os pares determina sempre o bem-estar adolescente, mesmo quando se consideram os géneros em separado. Esta associação manifesta-se particularmente no componente afetivoemocional.

Considerações finais

O estudo focaliza a primeira fase da adolescência pelo que, as conclusões, não podem ser generalizáveis a toda a adolescência. Seria desejável a recolha de dados em idades mais avançadas. Em toda o caso, fica claro que a relação de pares afeta os índices de bem-estar dos adolescentes, sobretudo no componente afetivo. Assim, os programas de promoção da saúde deverão incluir competências sociais, valores de cidadania, comunicação positiva, gestão das emoções, regras relacionais, empatia, literacia afetiva, resolução de conflitos, como incrementar relações de pares positivas. Ao mesmo tempo,

os currícula, nomeadamente da escolaridade obrigatória, deveriam contemplar a coresponsabilidade no trabalho e vida em equipa e regras relacionais. A relação de pares é determinante na saúde dos adolescentes, promove a autoestima, o otimismo e a realização pessoal.

A saúde / bem-estar terá de conciliar os componentes afetivo e cognitivo, de modo a dar consistência, autonomia e segurança ao adolescente, mesmo quando o componente afetivo é afetado por conflitos ou circunstâncias adversas.

Os amigos especiais podem ou não integrar a turma. Os resultados evidenciam o maior relevo da turma no bem-estar adolescente. Melhor turma, melhor bem-estar, mais saúde, desenvolvimento adolescente mais positivo. É um contexto a focalizar e trabalhar por educadores e profissionais de saúde. Também os órgãos de gestão das escolas e pais devem acautelar a constituição de turmas funcionais, com potencialidades para relações positivas e comunicação saudáveis e construtivas.

A idade e o género requerem dos educadores e técnicos de saúde abordagens distintas, estratégias diferenciadas e linhas de promoção do bem-estar diferenciadas, sempre que possível integradas nos currícula e nas atividades escolares.

Referências Bibliográficas

- Borges, A., Matos, M. & Diniz, J. (2011). Processo Adolescente e Saúde Positiva: Âmbitos Afetivo e Cognitivo. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 24(2), 1-11.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertubtle, W., Samdal, O., Rasmussen, V. (2004). *HBSC, and WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.

- Demir, M., & Weitekamp, L. (2007). I Am so happy cause today I found my friend: Friendship and personality as predictors of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 8, 181-211.
- Galambos, N. (2004). Gender and gender role development in adolescence. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*, Hoboken, New Jersey: Wiley, pp. 233-262.
- Kuntsche, E., & Gmel, G. (2004). Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 98, 331-339.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. & Equipa do Projeto Aventura Social (2007). *A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em oito anos*. Lisboa, CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística. Com Utilização do SPSS*. 3ª edição. Sílabo: Lisboa.
- Pereira, E., & Matos, M. (2005). Grupo de pares, comportamentos desviantes e consumo de substâncias. In M. Matos (Ed.), *Comunicação Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Cruz Quebrada: FMH Edições, pp. 95-102
- Rajmil, L., Alonso, J., Berra, S., Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Simeoni, M-C., Auquier, P. & The Kidscreen Group. (2006). Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *Journal of Adolescent Health*, 38, 511-518.
- Segrin, C., & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 43, 637-646.
- Stoeckli, G. (2010). The role of individual and social factors in classroom loneliness. *The Journal of Educational Research*, 103, 28-39.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends of Cognitive Science*, 9, 69-74.
- Suldo, S., & Huebner, E. S. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research*, 78, 179-203.

- Sussman, S., Pokhrel, P., Ashmore, R. D., & Brown, B. B. (2007). Adolescent peer group identification and characteristics: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 32, 1602-1627.
- Tomé, G., Matos, M. & Diniz, A. (2008). Consumo de substâncias e isolamento social durante a adolescência, in M. Matos (eds.) *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um estilo?*. Lisboa: IDT, pp. 95-126.
- Trallero, J. (2010). *El Adolescente en su Mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Vaquera, E., & Kao, G. (2008). Do you like me as much as I like you? Friendships reciprocity and its effects on school outcomes among adolescents. *Social Science Research*, 37, 55-72.
- Wolfe, D. A., Jaffe, P. G. & Crooks, C. V. (2006). *Adolescent risk behaviors*. New Haven: Yale University Press.

Estudo 7 – Escola e Bem-Estar Subjectivo nas Crianças e Adolescentes⁷

Resumo

A escola é um dos contextos do adolescente. O estudo quer relacionar a percepção que os adolescentes portugueses têm do seu bem-estar, nas vertentes afetivoemocional e cognitiva, com variáveis que caracterizam a sua percepção da escola: capacidade escolar, pressão dos trabalhos escolares, sentimentos pela escola, apoio dos colegas e apoio dos professores. É um estudo descritivo e correlacional de carácter transversal, numa amostra representativa da população das escolas públicas em Portugal continental constituída por 4877 indivíduos, 49.6% do género masculino e 50.4% do género feminino. As idades dos participantes oscilam entre os 10 e os 18 anos, sendo a média de 14 anos e o desvio padrão 1.89. Os adolescentes percecionam-se com bons níveis de bem-estar e com uma boa relação com a escola, embora exista uma ampla margem para melhorar. As componentes cognitivas e afetivo-emocionais do bem-estar entrelaçam-se entre si e com as variáveis relacionadas com a escola, que mostram relação directa com o bem-estar. Incrementar o bem-estar e a relação com a escola podem/devem acontecer de forma concomitante, parecendo que não se pode investir apenas na técnica e nos âmbitos cognitivos das aprendizagens, mas se deverá igualmente investir em programas de desenvolvimento de competências emocionais e sociais.

Palavras chave: Adolescência; Escola; Bem-Estar Subjectivo; Componente Cognitiva; Componente Afetiva

⁷ Borges, A., Matos, M. & Diniz, J. (2010). Escola e Bem-Estar Subjectivo nas Crianças e Adolescentes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 1, 117-139.

Revisão de Literatura

A Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a sua constituição, tem entendido a saúde como um extenso campo de bem-estar, abrangendo as diferentes dimensões da vida do indivíduo, nomeadamente o bem-estar físico, mental e social completo (WHO, 1948). Este entendimento foi posteriormente afirmado, na conferência de Alma-Ata (1978) como um direito humano fundamental (Pais-Ribeiro, 2009).

Ainda não é possível afirmar um amplo consenso sobre o que se entende por bem-estar, nem sobre tudo o que contribui de modo essencial para ele, nem sobre o modo como se forma a sua percepção nem, ainda, sobre os instrumentos mais consistentes que o avaliem (Costa & Pereira, 2007; Pais-Ribeiro, 2009). Em todo o caso os estudos empíricos permitem individuar algumas das suas propriedades: (1) refere-se à vida em geral ou a determinados domínios específicos, (2) associa-se às condições e contextos de vida, (3) envolve as várias dimensões da pessoa, (4) baseia-se na percepção pessoal, (5) varia com o tempo e com as circunstâncias pessoais, (6) depende de competências pessoais mais ou menos desenvolvidas e de fatores exógenos, (7) possui uma marca subjetiva (Pais-Ribeiro, 2009; Schwartzmann, 2003; Veenhoven, 2000).

O facto de se basear na percepção pessoal coloca o acento tónico, muito além dos acontecimentos de vida e do contexto do indivíduo, no modo como ele capta e interpreta esses mesmos acontecimentos e contextos (Kahneman, Krueger, Schkade, Schwarz, & Stone, 2006; Ferraz, Tavares & Zilberman, 2007), no fundo, como diria Vergílio Ferreira (1990, p. 83), “no que acontece em nós desse acontecer”. Não é pois suficiente identificar os domínios que se associam ao bem-estar; é de particular relevo que a investigação faça incursão pelos processos, pela maneira como os fenómenos, os contextos e as vicissitudes são percecionadas (e digeridas ou não) pelo indivíduo. O bem-estar envolve, para além de aspetos exógenos, aspetos endógenos de cada pessoa (Albuquerque & Lima, 2007; Veenhoven, 2005).

No bem-estar subjetivo identifica-se uma componente cognitiva, relativa aos juízos sobre a satisfação com a vida (SV), e uma componente afetiva que remete para as reacções emocionais, sendo referida ora como felicidade (FEL) ora como balanço entre afeto positivo e afeto negativo (Arthaud-Day, Rode, Mooney & Near, 2005; Diener, Oishi & Lucas, 2003; Frey & Stutzer, 2004; Lyubomirsky, 2008). A componente cognitiva e a reacção emocional estão sempre entretecidas na percepção do bem-estar, sendo difícil avaliá-las separadamente e inteirar-se de todas as nuances da sua relação (Arita, Romano, Garcia & Félix, 2005; Costa & Pereira, 2007; Espinosa, 2004; Schwartzmann, 2003).

O conceito SV tem sido definido como uma componente de Caraterísticas prevalentemente cognitivas do bem-estar subjetivo, tendo a ver com a avaliação e valorização que o indivíduo faz da sua vida em geral, de um determinado domínio da vida (por exemplo tempo livre, colegas, família, escola), ou de determinados aspetos de um domínio como seria na escola a satisfação com as notas obtidas (Lyubomirsky, 2008). Sendo de âmbito cognitivo, menos dependente de situações momentâneas, abarcando as expectativas de futuro e não estando tão sujeito a mudanças súbitas de humor, o conceito SV apresenta um carácter mais estável. Por exemplo nos adolescentes a SV tem muito a ver com a discrepância percebida entre as suas aspirações (expectativas de futuro por influência familiar, por convicção pessoal, por influência cultural ou dos pares) e aquilo que conseguem nos domínios mais próximos e imediatos à sua vida pessoal (Arita et al., 2005; Costa & Pereira, 2007; Espinosa, 2004).

O conceito FEL tem sido proposto como um estado psicológico de âmbito afetivo, relacionado com a frequência e a intensidade de emoções positivas e negativas, num amplo espectro de vivências (Lyubomirsky, 2008). Enquanto reacção prevalentemente emocional a FEL está mais sujeita à efemeridade uma vez que é sensível às flutuações do humor e ao tipo de estímulo. O carácter afetivo e emocional atribuído à FEL não coloca de parte a cognição uma vez que o nível de satisfação pode ser um modulador das emoções aumentando ou diminuindo as emoções positivas ou negativas: por exemplo, tentativas conscientes explícitas para evitar pensamentos tristes e pensar nos

momentos alegres podem aumentar a felicidade (Cuadra & Florenzano, 2003; Ferraz et al., 2007; Lyubomirsky, 2008).

A qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) baseia-se em percepções, expectativas, crenças, cognições, reacções emocionais, de entre outras componentes e aspetos que a influenciam, tendo a ver claramente com os níveis de bem-estar físico, psicológico e social percebidos pelo indivíduo. Daí que este construto seja utilizado na literatura como sinónimo de bem-estar, de felicidade, de satisfação com a vida (Ferraz et al., 2007; Lyubomirsky, 2008; Pais-Ribeiro, 2009). Podendo ser estudada como resultado da saúde geral, a QVRS tem a ver com múltiplos domínios da vida, abarcados pelas componentes afetivoemocional e cognitivo (Bisegger, Cloetta, von Rüden, Abel, Ravens-Sieberer & The European KIDSCREEN, 2005; Rajmil, Alonso, Berra, Ravens-Sieberer, Gosch, Simeoni, Auquier & The Kidscreen Group, 2006).

As questões do bem-estar, da QVRS, da FEL, da SV em crianças e adolescentes implicam uma abordagem que atente ao desenvolvimento da pessoa e da ecologia existencial da pessoa. Os contextos também podem potenciar ou atrofiar o desenvolvimento da pessoa (Bronfenbrenner, 2005; Gaspar et al., 2008; Lyubomirsky, 2008; Simões et al., 2008). A relação entre os contextos, as vivências pessoais e os índices de perceção de bem-estar é mediada por mecanismos cognitivos e afetivo-emocionais (Ferraz et al., 2007).

A escola é um dos cenários onde crianças e adolescentes passam grande parte do seu tempo. Juntamente com a família, a escola é um âmbito fundamental e estruturante do desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes (Matos, 2005; Morales & López-Zafra, 2009).

Os especialistas em ciências da educação deixam transparecer alguma falta de convergência sobre os fins da escola. Assim, por exemplo, White (2007) refere a escola como um contexto em que se deve promover a felicidade e o bem-estar humanos. Crianças e adolescentes deveriam apreender os instrumentos e as competências

necessárias para construir estilos de vida saudáveis, confiança em si próprios e nos outros, disponibilidade para a cooperação com a comunidade, criatividade e empreendedorismo na proteção do ambiente e na atenção às necessidades prementes dos concidadãos. Young (2007), por seu lado, perspetiva a escola como um contexto que deve sobretudo facultar o que denomina de “conhecimento poderoso”, ou seja conhecimento especializado, conhecimento diferenciado que permita novas formas de pensar a respeito do mundo, conhecimento teórico, técnico e universal que não seja apenas resultado de determinada experiência, contexto ou tarefa, mas que possa ser aplicado para múltiplos fins.

O relatório da UNESCO sobre a educação para o século XXI, denominado relatório Delors, destaca o aprender a viver como um dos quatro pilares em que deve assentar a educação no novo século (Mosquera & Stobäus, 2006). A escola pode encontrar formas estimulantes como fonte de saúde, de acolhimento, de integração, de entusiasmo, de prazer, de satisfação, de felicidade, de valorização, de desenvolvimento de múltiplas inteligências, de aprendizagens significativas, de fonte de sonhos, de atenção à diversidade (Enricone, 2004; Marujo & Neto, 2004). A escola deverá integrar a afetividade e a cognição, implícita e explicitamente entretidas na transformação dos seres humanos desde a mais tenra infância (Mosquera & Stobäus, 2006; Marujo & Neto, 2004). Tem-se separado de maneira arbitrária a razão da emoção, o pensamento do sentimento, a inteligência da capacidade de sentir e viver emoções, os valores das atitudes. Na raiz desta separação parece estar a conceção de que o chamado pensamento científico nada tem a ver com a vida sentimental e afetiva (Enricone, 2004; Morales & López-Zafra, 2009).

A formação de competências sócio-emocionais na escola pode ajudar a oferecer uma resposta às solicitações atuais da sociedade que requerem que as crianças e adolescentes possuam capacidades adicionais que lhes permitam uma vida adulta de sucesso, em que encontrem satisfação com as suas vidas (Morales & López-Zafra, 2009). É cada vez mais evidente que o bem-estar na adultícia é, numa ampla parte, consequência de aprendizagens precoces na utilização de competências sociais e emocionais para

enfrentar de maneira produtiva e construtiva as mudanças vitais, já que reduzem os riscos de problemas de saúde mental (Humphrey, Curran, Morris, Farrel, & Woods, 2007) e melhoram o bem-estar (Bisquerra, 2008; Fernández-Berrocal & Ruiz, 2008).

Uma grande parte dos estudos mostra que os níveis de bem-estar observados nas idades mais jovens são mais elevados do que os observados nas idades mais avançadas dos adolescentes (Berjano et al., 2008; Bisegger et al., 2005; Matos, Gonçalves & Gaspar, 2005; Matos et al., 2007; Ravens-Sieberer et al., 2001). Do mesmo modo, vários estudos tendem a indicar valores mais elevados em adolescentes do género masculino do que em adolescentes do género feminino, embora estas diferenças não sejam tão claras nas idades mais jovens dos adolescentes (Arita et al., 2005; Berjano et al., 2008; Bisegger et al., 2005; Borges, Matos & Diniz, submitted; Matos et al., 2007).

Os níveis de bem-estar estão, antes de mais, diretamente relacionados com o desenvolvimento de competências de vida em ordem à adoção de estilos de vida potenciadores da saúde. Programas que promovam estas competências são indispensáveis em todas as idades, mas mais determinantes nas idades jovens, uma vez que é o período do desenvolvimento humano em que se estabelecem, de forma mais definida, a identidade, os padrões de comportamento e o estilo de vida (Gaspar, Pais-Ribeiro, Matos & Leal, 2008; Minto, Pedro, Netto, Bugliani & Gorayeb, 2006; Simões, Matos & Batista-Foget, 2008).

Considerando a base teórica e empírica da revisão de literatura, apesar de a literatura não permitir estabelecer uma relação de causa e efeito num sentido ou no outro, pretende-se perceber qual a relação que os adolescentes têm com escola e com o bem-estar subjetivo e em que medida uma dimensão afeta a outra. Por outras palavras, é objetivo deste estudo, relacionar a perceção que os adolescentes portugueses têm do seu bem-estar (QVRS, FEL, SV), nas suas vertentes afetivoemocional e cognitiva, com as componentes que caracterizam a sua perceção da escola: capacidade escolar, pressão dos trabalhos escolares, sentimentos pela escola, apoio dos colegas e apoio dos professores.

Algumas questões nortearam a pesquisa: (1) Que dimensão – cognitivo ou afetivoemocional – terá maior peso na percepção que os adolescentes portugueses têm da escola? (2) Em que medida a componente cognitiva do bem-estar subjetivo afeta a relação com a escola? (3) Em que medida a componente afetivoemocional afeta a relação com a escola? (4) Haverá diferenças entre géneros na percepção que os adolescentes têm da escola? (5) Haverá diferenças entre faixas etárias na percepção que os adolescentes têm da escola? (6) Que variáveis merecem maior atenção em iniciativas que visem incentivar o desenvolvimento do bem-estar nos adolescentes em idade escolar? (7) Que variáveis merecem maior atenção em iniciativas que visem melhorar a percepção e/ou a relação dos adolescentes com a escola e com a percepção que dela têm?

Espera-se com este estudo demonstrar que a percepção do bem-estar, em qualquer das suas dimensões: cognitiva e afetivoemocional, está íntima e intrinsecamente associada à percepção que os adolescentes têm da sua prestação escolar. Assim, prevê-se que os níveis de bem-estar subjetivo dos adolescentes sejam tanto mais elevados quanto maiores/melhores forem os níveis de relação com a escola.

Este estudo, ao promover a análise da autopercepção do bem-estar e da percepção da escola por parte dos adolescentes portugueses, tem como linha orientadora a detecção das componentes da saúde positiva (do bem-estar) que mais devem ser trabalhadas em ordem à melhoria da relação que os adolescentes têm com a escola e, deste modo, poder contribuir para a melhoria da sua prestação escolar e, em última análise, contribuir para aumentar o sucesso escolar, a adoção de estilos de vida saudáveis e uma cidadania comprometida.

Método

Amostra

A amostra é constituída por 4877 indivíduos, um grupo representativo dos adolescentes a frequentar as escolas públicas em Portugal Continental (3.7% do total de estudantes

do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário), 49.6% do género masculino e 50.4% do género feminino. O 6º ano de escolaridade é frequentado por 31.7% da amostra (54.2% do género masculino, 45.8% do género feminino), o 8º ano por 35.7% da amostra (48.1% do género masculino, 51.9% do género feminino) e o 10º ano por 32.6% da amostra (46.6% do género masculino, 53.4% do género feminino). As idades dos participantes oscilam entre os 10 e os 18 anos, sendo a média de 14 anos e o desvio padrão 1.89.

Medidas

Os dados do presente estudo resultam da aplicação do questionário *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC 2006), no que respeita às questões relacionadas com bem-estar e com a escola. Do lado do bem-estar foram tomados os itens relacionados com a autoperceção da QVRS, com a SV e com a FEL. Do lado da escola deu-se atenção aos itens sobre a autoperceção da capacidade escolar, o sentimento pela escola, a pressão com os trabalhos escolares e o apoio dos colegas e professores.

No âmbito das medidas de bem-estar, QVRS foi medida pelo *Kidscreen 10*, escala com dez itens. Os seus autores propõem esta escala para avaliar uma característica unidimensional global de QVRS ” (Rajmil et al., 2006), mas como referem Borges, Matos e Diniz (under review) a escala permitiu decifrar dois fatores, correspondendo o primeiro à componente afetivoemocional (AE) e o segundo à componente cognitiva (CO). As questões são colocadas num limite temporal “pensa na última semana” e o adolescente responde numa escala de *Likert* de cinco pontos entre “nada” e “totalmente” (Rajmil et al., 2006). A SV foi medida com a escala de Cantril (1965), que é representada graficamente como uma escada, onde o degrau “10” corresponde à “melhor vida possível” e o degrau “0” representa a pior vida possível. Aos indivíduos foi solicitado que assinalassem o degrau que melhor descrevia o que sentiam naquele momento. A medida FEL traduz-se numa escala de *Likert* de quatro pontos, cujos extremos opostos são “sinto-me infeliz” e “sinto-me muito feliz”. Os adolescentes

foram convidados a indicar o grau de felicidade que sentiam em relação à vida naquele momento.

Nas medidas ligadas à escola a autoperceção da capacidade escolar foi medida por uma escala de *Likert* com quatro possibilidades de resposta entre “inferior à média” e “muito boa”, em resposta à questão “na tua opinião, o que é que os teus professores pensam acerca da tua capacidade escolar comparada com a dos teus colegas”. A autoperceção do sentir pela escola foi medido pela questão “atualmente, o que sentes pela escola”, com quatro alternativas de resposta entre “gosto muito” e “não gosto nada”. Os dados da pressão sentida com os trabalhos da escola foi obtida através da resposta à questão “sentes pressão com os trabalhos da escola que tens para fazer”, podendo ser escolhida uma de quatro hipóteses de resposta entre “nenhuma” e “muita”. A perceção do apoio dos colegas de turma é obtido por uma escala de três itens em que o adolescente é convidado a responder numa escala de *Likert* de cinco pontos entre “é sempre verdade” e “é sempre falso”, expressando a sua avaliação em relação a frases como “os meus colegas de turma aceitam-me como sou”; o índice de consistência interna, calculado através do coeficiente *alfa de Cronbach*, obteve o valor de .67; a análise das correlações médias interitens mostrou o valor de .40; a correlação item-total apresentou valores que variaram de .43 a .55. Finalmente o apoio dos professores resulta de uma escala de três itens em que o adolescente é convidado a expressar a sua perceção em relação a frases sobre os respetivos professores (por exemplo, “os professores interessam-se por mim como pessoa”), podendo escolher uma entre três possibilidades: “acontece muitas vezes”, “não sei se acontece” e “acontece poucas vezes”; o índice de consistência interna foi calculado através do coeficiente *alfa de Cronbach* e obteve o valor de .68; a análise das correlações médias interitens mostrou o valor de .41; a correlação item-total apresentou valores que variaram de .46 a .50.

Procedimento

O presente trabalho é fundamentalmente um estudo descritivo e correlacional de carácter transversal, numa amostra representativa da população das escolas públicas em Portugal

continental, no 6º, 8º e 10º anos de escolaridade. Seleccionadas as escolas e as turmas de modo aleatório, obtidas as devidas autorizações, os questionários HBSC 2006 foram aplicados segundo as orientações enviadas aos órgãos de gestão de cada escola. Depois de preenchidos em sala de aula foram remetidos pelas escolas para a respetiva análise (Matos et al., 2007). Os dados foram introduzidos numa base de dados e as análises estatísticas foram efetuadas pelo *Statistical Package for Social Sciences*, versão 18.0 para *windows*.

Verificada a distribuição normal dos resultados procurou-se perceber se os itens do questionário HBSC 2006 relacionados com o bem-estar e com a escola revelariam aglutinação entre si. Ao nível do bem-estar subjetivo foram individualizadas cinco variáveis que, de acordo com a literatura, se consideraram em três âmbitos: a QVRS (*Kidscreen 10*), resultante de dez itens, constituiu o âmbito da perceção do bem-estar subjetivo em geral; as variáveis FEL e a subescala AE_QVRS constituíram o âmbito da perceção da componente afetivoemocional do bem-estar subjetivo; as variáveis SV e a subescala CO_QVRS constituíram o âmbito da perceção cognitiva do bem-estar subjetivo. No que à escola diz respeito, foram definidas cinco variáveis que se assumiram como variáveis independentes: as variáveis apoio dos professores e apoio dos alunos resultaram da soma de três itens aglutinados estatisticamente entre si; as variáveis capacidade escolar, sentimento pela escola e pressão dos trabalhos são constituídas, cada uma, por um item, uma vez que não manifestaram propriedades estatísticas que permitissem assumi-las como um só fator.

Após a descrição das variáveis em relação aos fatores demográficos (género e idade), compararam-se os grupos de cada variável relacionada com a escola com as variáveis do bem-estar subjetivo. Finalmente procedeu-se à análise de regressão linear múltipla, no sentido de perceber as variáveis preditoras de cada variável de saúde positiva em estudo.

Atendendo à revisão de literatura são esperadas diferenças para as variáveis do bem-estar quanto aos fatores demográficos e quanto às variáveis relacionadas com a escola.

Espera-se ainda que a componente afetivoemocional do bem-estar assuma uma expressão de maior relevo do que a componente cognitiva do bem-estar.

Resultados

Os resultados obtidos mostram os adolescentes portugueses com elevados índices de bem-estar: 89.9% regista uma QVRS na metade superior de *Kidscreen 10*; na mesma metade superior se encontram 90.9% para a subescala AE_QVRS e 78.2% para a subescala CO_QVRS; 80.3% dos adolescentes percecionam-se no quarto superior da escada de SV; 82.7% afirmam-se “felizes” ou “muito felizes”.

Na relação com a escola os adolescentes portugueses percecionam-se com os seguintes dados: 44% consideram a sua capacidade escolar comparada com a dos colegas boa ou muito boa, 49.8% refere ser uma capacidade média e 6.2% avaliam-na como inferior à média; 77% gostam muito ou mais ou menos da escola, sendo que 23% não gosta nada ou não gosta muito da escola; 46.9% não sente nenhuma pressão com os trabalhos da escola ou experimenta pouca pressão, 41.8% refere sentir alguma pressão e cerca de 11.3% diz sentir muita pressão com os trabalhos escolares; cerca de 80% perceciona que os colegas de turma gostam de estar juntos sempre ou a maior parte das vezes; cerca de 81% diz que a maior parte dos colegas são simpáticos e prestáveis sempre ou a maior parte das vezes; cerca de 89% sente que os colegas o aceitam tal como é a maior parte das vezes ou sempre; 52.4% dos adolescentes acham que os professores os tratam com justiça, 24% não sabem se isso acontece e 23.7% dizem que acontece poucas vezes; 64.7% percecionam que quando precisam de ajuda podem encontrá-la junto dos seus professores, 20.6% não sabem e 14.7% sentem que isso acontece poucas vezes; 45.6% consideram que os professores se interessam por eles como pessoas, 39.2% não sabem e 15.2% dizem que isso acontece poucas vezes.

Quando se olham os dados pela perspetiva do género, os resultados mostram diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis do bem-estar, com exceção para a subescala DC_QVRS: os adolescentes do género masculino percebem-se com bem-estar

subjetivo mais elevado, quando comparados com o género feminino, sobretudo nas variáveis de componente afetivoemocional. Nas variáveis relativas à escola também se observam diferenças estatisticamente significativas intergénero, com exceção para as variáveis “capacidade escolar” e “apoio dos professores”: enquanto o género feminino exprime um gosto mais elevado pela escola do que o género masculino, este mostra perceber um maior apoio por parte dos colegas e menor pressão com os trabalhos escolares do que o género feminino.

Tabela 33 – Diferenças entre os géneros para as variáveis em estudo

	Género Masculino (N=2417)		Género Feminino (N=2460)		t
	M	DP	M	DP	
QVRS (<i>Kidscreen 10</i>)	39.63	5.22	37.95	5.74	10.37***
AE_QVRS	28.54	4.12	26.93	4.56	12.69***
Felicidade	3.13	.71	3.00	.70	6.34***
CO_QVRS	11.04	2.05	11.01	2.11	.43n.s.
Satisfação com a vida	7.36	1.86	7.24	1.98	2.06*
Capacidade Escolar	2.45	.74	2.47	.72	-1.27n.s.
Sentimento pela escola	2.76	.86	3.04	.74	-11.78***
Pressão dos trabalhos	2.42	.92	2.50	.90	-2.96**
Apoio dos Colegas	12.58	2.00	12.29	2.08	4.83***
Apoio dos Professores	7.04	1.81	7.14	1.72	-1.93n.s.

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Os níveis das variáveis de bem-estar subjetivo e das variáveis relacionadas com a escola vão diminuindo à medida que aumenta a idade. Isto manifesta-se seja na amostra geral seja quando a amostra é analisada a partir dos géneros, com exceção para a pressão com os trabalhos escolares onde se verificam índices que crescem com a idade. A faixa etária com níveis mais elevados de bem-estar situa-se nos 11 anos; os níveis mais baixos de bem-estar estão nos 16 anos ou mais. É também aos 11 anos que os adolescentes se percecionam com maior capacidade escolar, que gostam mais da escola, que sentem maior apoio da parte dos colegas e dos professores. Estes valores vão decrescendo até

aos 16 anos ou mais na amostra geral e na amostra por géneros. Na variável pressão com os trabalhos escolares o nível mais baixo ocorre aos 11 anos de idade e aumenta progressivamente até aos 16 anos ou mais. Na comparação das médias entre as idades constata-se diferenças estatisticamente significativas em todos as variáveis.

Tabela 34 – Diferenças entre os grupos de idade, com o género, em relação às médias das variáveis em estudo

	Idade	M	DP	M♂	DP♂	M♀	DP♀	F		
								Total	♂	♀
QVRS (K10)	11 anos	40.94	5.09	41.17	4.78	40.69	5.40	118.94***	34.09***	94.20***
	13 anos	39.53	5.49	39.99	5.51	39.05	5.43			
	15 anos	37.68	5.36	39.11	4.93	36.53	5.42			
	16 anos ou mais	36.71	5.38	37.86	5.05	35.35	5.44			
AE_QVRS	11 anos	29.24	3.94	29.57	3.60	28.89	4.26	93.11***	24.12***	77.44***
	13 anos	28.27	4.34	28.80	4.29	27.73	4.32			
	15 anos	26.90	4.38	28.15	4.03	25.88	4.39			
	16 anos ou mais	26.33	4.49	27.40	4.24	25.06	4.45			
Felicidade	11 anos	3.27	.67	3.30	.63	3.24	.70	58.71***	24.02***	34.74***
	13 anos	3.12	.72	3.18	.74	3.05	.68			
	15 anos	2.95	.68	3.03	.66	2.88	.68			
	16 anos ou mais	2.91	.72	2.97	.72	2.84	.70			
CO_QVRS	11 anos	11.65	2.15	11.55	2.07	11.76	2.23	73.82***	26.08***	51.10***
	13 anos	11.23	2.07	11.16	2.13	11.30	2.00			
	15 anos	10.75	1.98	10.89	1.96	10.64	2.00			
	16 anos ou mais	10.34	1.85	10.41	1.78	10.27	1.93			
Satisfação com a Vida	11 anos	7.85	1.88	7.81	1.81	7.90	1.95	72.32***	26.97***	48.91***
	13 anos	7.52	1.91	7.49	1.92	7.55	1.91			
	15 anos	7.00	1.83	7.21	1.74	6.83	1.89			
	16 anos ou mais	6.73	1.89	6.77	1.81	6.67	1.97			
Capacidade Escolar	11 anos	2.61	.73	2.55	.73	2.68	.72	52.468***	19.05***	36.582***
	13 anos	2.56	.75	2.54	.75	2.57	.74			
	15 anos	2.38	.70	2.40	.71	2.37	.69			
	16 anos ou mais	2.24	.70	2.24	.72	2.24	.67			
Sentir em Relação à Escola	11 anos	3.08	.81	2.89	.88	3.29	.68	32.690***	5.50***	42.705***
	13 anos	2.94	.80	2.77	.85	3.12	.71			
	15 anos	2.82	.81	2.72	.87	2.91	.75			
	16 anos ou mais	2.74	.79	2.68	.83	2.82	.73			
Pressão com os Trabalhos da Escola	11 anos	2.16	.96	2.25	.94	2.06	.98	78.518***	11.81***	85.778***
	13 anos	2.37	.90	2.37	.93	2.36	.87			
	15 anos	2.66	.86	2.54	.90	2.76	.81			
	16 anos ou mais	2.63	.83	2.50	.86	2.77	.77			
Apoio dos Colegas	11 anos	12.75	1.98	12.91	1.89	12.58	2.06	18.114***	8.50***	10.955***
	13 anos	12.51	2.08	12.62	2.05	12.39	2.11			
	15 anos	12.34	2.00	12.44	1.99	12.26	2.00			
	16 anos ou mais	12.06	2.15	12.31	2.00	11.77	2.18			
Apoio dos Professores	11 anos	7.53	1.62	7.47	1.65	7.58	1.60	34.158***	21.22***	15.067***
	13 anos	7.14	1.76	7.18	1.82	7.10	1.71			

15 anos	6.92	1.78	6.79	1.84	7.03	1.72
16 anos ou mais	6.76	1.83	6.67	1.82	6.87	1.84

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

As comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, indicam que as diferenças entre os grupos etários são estatisticamente significativas em todas as variáveis, com algumas exceções: (1) na relação entre os grupos etários dos 15 e 16 anos ou mais na variável FEL não se verificam diferenças estatisticamente significativas; (2) na capacidade escolar, entre os 11 e os 13 anos, não são observáveis diferenças estatisticamente significativas; (3) na variável referente ao gosto pela escola, entre os 15 e os 16 anos ou mais não se registam diferenças estatisticamente significativas; (4) na variável pressão com os trabalhos escolares não há diferenças estatisticamente significativas entre os 15 e os 16 anos ou mais; (5) na variável apoio dos colegas não são perceptíveis diferenças estatisticamente significativas entre os grupos dos 13 e 15 anos; (6) na variável apoio dos professores não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os 15 e os 16 anos ou mais.

A relação entre os grupos das variáveis referentes à escola mostra diferenças estatisticamente significativas com as médias de todas as variáveis de bem-estar: (1) quanto mais elevada a perceção de capacidade escolar, melhores são os níveis de bem-estar; (2) quanto maior o gosto pela escola, mais elevados são os índices de bem-estar; (3) quanto mais intensa a pressão sentida com os trabalhos escolares, menor é a perceção de bem-estar por parte dos adolescentes; (4) quanto mais alto o apoio dos colegas e dos professores, mais elevadas são as médias de bem-estar.

Tabela 35 – Diferenças entre as variáveis escolares em relação às médias de bem-estar

Capacidade Escolar	<i>Inferior à Média</i>		<i>Média</i>		<i>Boa</i>		<i>Muito Boa</i>		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	

QVRS (Kidscreen 10)	34.67	6.48	37.86	5.35	40.12	4.91	41.56	5.66	148.244***
DAE_QVRS	25.60	5.40	27.30	4.43	28.39	3.98	28.92	4.53	52.032***
Felicidade	2.76	.86	3.02	.71	3.14	.63	3.24	.75	36.927***
DC_QVRS	8.98	2.06	10.54	1.84	11.70	1.82	12.64	2.23	336.843***
Satisfação com a vida	6.04	2.43	7.07	1.89	7.65	1.68	8.07	1.88	99.012***

Sentimento Escola	Não gosto nada		Não gosto muito		Gosto mais ou menos		Gosto Muito		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS (Kidscreen 10)	36.72	6.79	37.01	5.58	38.71	5.11	41.03	5.30	99.166***
DAE_QVRS	27.16	5.54	26.70	4.59	27.63	4.15	28.95	4.22	41.130***
Felicidade	2.93	.88	2.89	.73	3.06	.65	3.26	.68	46.622***
DC_QVRS	9.49	2.44	10.30	1.94	11.05	1.84	12.05	2.03	203.217***
Satisfação com a vida	6.49	2.51	6.73	2.02	7.28	1.76	8.07	1.68	104.301***

Pressão com os Trabalhos Escolares	Nenhuma		Pouca		Alguma		Muita		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS (Kidscreen 10)	42.00	4.82	39.61	4.94	37.53	5.25	36.35	6.25	192.632***
DAE_QVRS	30.08	3.69	28.40	3.90	26.79	4.28	25.87	5.13	168.116***
Felicidade	3.30	.69	3.14	.64	2.95	.68	2.90	.82	65.358***
DC_QVRS	11.87	2.13	11.16	1.99	10.73	1.90	10.45	2.28	80.584***
Satisfação com a vida	7.99	1.85	7.51	1.81	6.98	1.82	6.81	2.19	76.856***

Apoio dos Colegas	Baixo		Médio		Alto		F
	M	DP	M	DP	M	M	
QVRS (Kidscreen10)	36.30	5.88	38.61	5.03	40.86	5.04	243.154***
AE_QVRS	25.72	4.70	27.55	4.05	29.46	3.90	262.625***
Felicidade	2.86	.74	3.04	.66	3.25	.67	112.740***
CO_QVRS	10.55	2.18	11.04	1.85	11.39	2.16	55.848***
Satisfação com a Vida	6.71	2.17	7.27	1.79	7.79	1.71	112.158***

Apoio dos Professores	Baixo		Médio		Alto		F
	M	DP	M	DP	M	M	
QVRS (Kidscreen10)	36.68	5.65	38.37	5.36	40.89	5.05	170.435***
AE_QVRS	26.52	4.67	27.44	4.33	29.01	4.04	94.715***
Felicidade	2.87	.77	3.04	.67	3.24	.66	81.007***
CO_QVRS	10.13	2.08	10.91	1.97	11.84	1.94	198.755***
Satisfação com a Vida	6.79	2.13	7.20	1.84	7.81	1.77	83.155***

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

As comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, indicam que as diferenças entre os grupos das variáveis relacionadas com a escola são estatisticamente significativas em

todas as variáveis de bem-estar, com uma ou outra exceção: na capacidade escolar não se mostram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos “boa” e “muito boa” para AE_QVRS e para a FEL; no gostar da escola não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos “não gosto nada” e “não gosto muito” para a QVRS, para AE_QVRS, para FEL e para SV; na pressão com os trabalhos escolares não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos “alguma” e “muita” para a FEL e para SV.

Foram efetuadas análises de regressão múltipla pelo método *stepwise* com o objetivo de avaliar que fatores relacionados com a escola poderão ser preditores das variáveis de bem-estar às avaliações para o total da amostra e para a amostra considerada por géneros. Foram introduzidas como possíveis variáveis independentes preditoras todas as variáveis que, na análise de correlações, evidenciaram associações estatisticamente significativas com o total das variáveis de bem-estar.

Os resultados obtidos mostraram a existência de 5 variáveis preditoras do índice de QVRS às avaliações, que explicaram, no seu total, cerca de 28% da variância do modelo para o total da amostra, cerca de 25% da variância do modelo para o género masculino e cerca de 32% para o género feminino. A “Pressão com os trabalhos escolares” foi a primeira variável independente encontrada na amostra geral e no género feminino, tendo explicado, respetivamente, cerca de 11% e 14% do modelo. No género masculino a primeira variável independente encontrada foi “apoio dos colegas”, tendo explicado cerca de 11% do modelo. Seguiram-se as demais 4 variáveis relacionadas com a escola que explicaram a restante percentagem da variância total dos modelos.

No estudo dos fatores preditores da subescala AE_QVRS, os resultados obtidos mostraram a existência de 5 variáveis independentes preditoras do índice, que explicaram, no seu total, 21% da variância do modelo da amostra geral, cerca de 18% quando considerado o género masculino e 24.4% relativamente ao género feminino. “Apoio dos colegas” foi a primeira variável independente encontrada, na amostra geral e no género masculino, tendo explicado para a primeira 21% e para a segunda 18.1% do

modelo. Seguiram-se as outras variáveis independentes que explicaram a restante percentagem da variância do modelo.

Na FEL foram observadas 5 variáveis independentes preditoras, que explicaram 10.9% da variância do modelo para a amostra geral, 9% para o género masculino e 13.2% para o género feminino. “Apoio dos colegas” foi a primeira variável independente encontrada, explicando cerca de 5% do modelo para os três grupos: amostra geral, género masculino e género feminino. Seguiram-se as 4 outras variáveis que explicaram a restante percentagem da variância total dos modelos.

Na subescala DC_QVRS os resultados obtidos mostraram a existência de 5 variáveis independentes preditoras do respetivo índice, que explicaram, no seu total, 29.1% da variância do modelo da amostra geral, 27.9% da variância do modelo do género masculino e 30.7% da variância do modelo do género feminino. A “capacidade escolar percebida” foi a primeira variável independente encontrada, tendo explicado 17.5% do modelo para a amostra total, 14.9% do modelo para o género masculino e 20.2% do modelo para o género feminino. Seguiram-se as restantes 4 variáveis independentes que explicaram a restante percentagem da variância total dos modelos.

Em relação a SV, os resultados mostraram a existência de 5 variáveis independentes preditoras do índice, que explicaram cerca de 14.8% da variância do modelo para a amostra total, cerca de 13.4% do modelo para o género masculino e cerca de 16.7% do modelo para o género feminino. “Capacidade escolar” a primeira variável independente encontrada na amostra total e no género masculino, tendo explicado, respetivamente, 5.8% e 6.2% dos modelos. No género feminino a primeira variável independente encontrada foi o sentimento pela escola (“gostar da escola”), tendo explicado 8.6% do modelo. Seguiram-se as 4 outras variáveis independentes que explicaram a restante percentagem da variância total dos modelos.

Tabela 36 – Fatores preditores de bem-estar para a amostra total e para os géneros

VD	P	VI	R ²	R ²	R ²	b	b	b	t	t	t
----	---	----	----------------	----------------	----------------	---	---	---	---	---	---

			Aj.	Aj. ♂	Aj. ♀		♂	♀		♂	♀
QVRS (Kidscreen 10)	1	Pressão Trab	.111	.055	.137	-.250	-.215	-.264	-18.800***	-11.207***	-14.431***
	2	Apoio Colegas	.087	.109	.077	.251	.264	.217	18.858***	13.583***	11.910***
	3	Cap. escolar	.054	.067	.057	.202	.213	.181	14.914***	10.983***	9.629***
	4	Apoio Profes.	.021	.015	.031	.139	.116	.165	10.220***	5.872***	8.835***
	5	Gostar Escola	.005	.005	.014	.073	.079	.132	5.269***	3.961***	6.808***
% V. Explic			27.8%	25.1%	31.6%						
AE_QVRS (Kidscreen 10)	1	Apoio Colegas	.114	.109	.087	.288	.293	.256	20.823***	14.606***	13.403***
	2	Pressão Trab	.077	.054	.123	-.256	-.218	-.272	-18.589***	-10.963***	-14.204***
	3	Cap. escolar	.012	.016	.004	.104	.124	.066	7.583***	6.261***	3.333***
	4	Apoio Profes.	.007	.002	.019	.084	.053	.114	6.032***	2.615**	5.849***
	5	Gostar Escola	-	-	.011	-	-	.097	-	-	4.801***
% V. Explic			21%	18.1%	24.4%						
Felicidade	1	Apoio Colegas	.052	.045	.053	.178	.176	.159	12.231***	8.487***	7.875***
	2	Pressão Trab	.029	.022	.040	-.149	-.130	-.156	-10.284***	-6.321***	-7.706***
	3	Apoio Profes.	.015	.013	.014	.112	.107	.123	7.552***	5.113***	5.968***
	4	Cap. escolar	.008	.010	.001	.077	.104	.042	5.223***	5.086***	2.002*
	5	Gostar Escola	.002	-	.024	.051	-	.124	3.381***	-	5.798***
% V. Explic			10.9%	9%	13.2%						
CO_QVRS (Kidscreen 10)	1	Cap. escolar	.175	.149	.202	.324	.302	.345	24.536***	16.139***	18.484***
	2	Apoio Profes.	.062	.037	.066	.190	.174	.205	14.317***	9.221***	11.063***
	3	Gostar Escola	.037	.075	.025	.185	.225	.151	13.704***	11.728***	7.845***
	4	Pressão Trab.	.014	.012	.012	-.115	-.109	-.114	-8.915***	-5.901**	-6.313***
	5	Apoio Colegas	.003	.006	.002	.064	.079	.043	4.893***	4.257***	2.361*
% V. Explic			29.1%	27.9%	30.7%						
Sat. Vida	1	Cap. escolar	.058	.062	.016	.168	.200	.128	11.683***	9.804***	6.264***
	2	Apoio Colegas	.041	.035	.026	.157	.151	.150	11.080***	7.420***	7.561***
	3	Pressão Trab.	.027	.023	.031	-.143	-.138	-.141	-10.147***	-6.834***	-7.134***
	4	Gostar Escola	.016	.010	.086	.122	.095	.172	8.266***	4.529***	8.185***
	5	Apoio Profes.	.006	.004	.008	.083	.069	.097	5.704***	3.329***	4.770***
% V. Explic			14.8%	13.4%	16.7%						

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

VD = Variável Dependente;

P = Passos;

Vis = Variáveis Independentes;

R² Aj. = R² Ajustado.

Serão os fatores ligados à escola que predizem os fatores do bem-estar, ou serão estes que predizem aqueles? Não dispondo de dados que permitam afirmar num sentido ou no outro, procedeu-se à análises de regressão múltipla pelo método *stepwise* com o objetivo de avaliar que fatores relacionados com o bem-estar poderão ser preditores das variáveis associadas à escola às avaliações para o total da amostra e para a amostra considerada por géneros. Foram introduzidas como possíveis variáveis independentes preditoras todas as variáveis de bem-estar que, na análise de correlações, evidenciaram associações estatisticamente significativas com o total das variáveis da escola.

Os resultados obtidos mostraram a existência de 2 variáveis preditoras do índice de “capacidade escolar” às avaliações, que explicaram, no seu total, cerca de 18% da variância do modelo para o total da amostra, 15.5% da variância do modelo para o género masculino e 20.6% para o género feminino. A CO_QVRS foi a primeira variável independente encontrada na amostra geral, no género masculino e no género feminino, tendo explicado, respetivamente, 17.3%, 14.4% e 20.3% do modelo. Seguiu-se SV que explicou a restante percentagem da variância total dos modelos.

No estudo dos fatores preditores de sentimento pela escola, os resultados obtidos mostraram a existência de 5 variáveis independentes preditoras do índice, que explicaram, no seu total, 12.8% da variância do modelo da amostra geral, 13.1% quando considerado o género masculino e 14.7% relativamente ao género feminino. CO_QVRS foi a primeira variável independente encontrada, tendo explicado 11.1% do modelo para a amostra total, 12.1 do modelo para a amostra do género masculino e 11.2% do modelo para a amostra do género feminino. Seguiram-se as outras variáveis independentes que explicaram a restante percentagem da variância do modelo.

Na pressão sentida com os trabalhos escolares foram observadas 2 variáveis independentes preditoras, que explicaram 11.1% da variância do modelo para a amostra geral, 8.3% da variância do modelo para o género masculino e 13.6% da variância do

modelo para o género feminino. QVRS foi a primeira variável independente encontrada, explicando cerca de 10.9% do modelo para a amostra geral, 7.9 do modelo para o género masculino e 13,6% do modelo para o género feminino.

No apoio dos colegas os resultados obtidos mostraram a existência de 4 variáveis independentes preditoras do respetivo índice, que explicaram, no seu total, 11.8% da variância do modelo da amostra geral, 11.2% da variância do modelo do género masculino e 11.5% da variância do modelo do género feminino. AE_QVRS foi a primeira variável independente encontrada, tendo explicado 11.4% do modelo para a amostra geral, 10.6% do modelo para o género masculino e 11.5% do modelo para o género feminino. Seguiram-se outras 3 variáveis independentes que explicaram a restante percentagem da variância total dos modelos.

Em relação a “apoio dos professores” os resultados mostraram a existência de 3 variáveis independentes preditoras do índice, que explicaram cerca de 10.3% da variância do modelo para a amostra geral, 8.8% do modelo para o género masculino e 12.2% do modelo para o género feminino. CO_QVRS foi a primeira variável independente encontrada na amostra geral e no género masculino, tendo explicado, respetivamente, 8.9% e 7.9% dos respetivos modelos. No género feminino a primeira variável independente encontrada foi QVRS, tendo explicado 10% do modelo. Seguiram-se as outras duas variáveis independentes que explicaram a restante percentagem da variância total dos modelos.

Tabela 37 – Fatores preditores das Variáveis referentes à escola para a amostra total e para os géneros

VD	P	VIs	R ² Aj.	R ² Aj. ♂	R ² Aj. ♀	b	b ♂	b ♀	t	t ♂	t ♀
Cap. Escolar	1	CO_QVRS	.173	.144	.203	.391	.337	.429	25.864***	16.015***	21.100***
	2	SV	.006	.011	.003	.099	.117	.057	6.159***	5.537***	2.785**
	3	AE_QVRS	.001	-	-	-.033	-	-	-2.033*	-	-
% V. Explic			18%	15.5%	20.6%						
Gostar Escola	1	CO_QVRS	.111	.121	.112	.294	.368	.250	18.842***	13.553***	11.782***
	2	SV	.015	.007	.033	.141	.115	.163	8.153***	5.051***	6.738***
	3	AE_QVRS	.002	-	-	-.064	-	-	-3.578***	-	-
	4	FEL.	.001	-	.002	.036	-	.068	2.063*	-	2.911**
	5	QVRS	-	.003	-	.036	-.091	-	2.063*	-3.120**	-

% V. Explic		12.8%	13.1%	14.7%							
Pressão Trab.	1 QVRS	.109	.079	.136	-.304	-.246	-.369	-18.203***	-10.467***	-18.880***	
	2 SV	.002	.004	-	-.051	-.074	-	-3.041**	-3.148**	-	
% V. Explic		11.1%	8.3%	13.6%							
Apoio Colegas	1 AE_QVRS	.114	.106	.113	.287	.182	.301	16.334***	3.226***	12.473***	
	2 FEL.	.003	.005	.002	.056	.073	.062	3.175**	3.139**	2.572**	
	3 SV	.001	-	-	.044	-	-	2.571**	-	-	
	4 QVRS	-	.001	-	-	.117	-	-	2.078*	-	
% V. Explic		11.8%	11.2%	11.5%							
Apoio Profes.	1 CO_QVRS	.089	.079	.018	.226	.255	.200	11.550***	11.901***	7.254***	
	2 FEL	.012	.009	.004	.088	.103	.079	5.145***	4.828***	3.247***	
	3 QVRS	.002	-	.100	.070	-	.134	3.131**	-	4.209***	
% V. Explic		10.3%	8.8%	12.2%							

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

FEL = Felicidade;

SV – Satisfação com a Vida;

Cap. Escolar = Capacidade Escolar;

Gostar Escola = Sentimento pela Escola;

Pressão Trab. = Pressão com os Trabalhos Escolares;

Apoio Colegas = Apoio dos Colegas de Turma;

Apoio Profes. = Apoio dos Professores;

VD = Variável Dependente;

P = Passos;

Vis = Variáveis Independentes;

R² Aj. = R² Ajustado.

Discussão dos resultados

As alterações biopsicossociais que a literatura descreve para a fase inicial da adolescência, faixa etária a que se reporta o presente estudo, parecem ser enfrentadas de forma muito positiva, uma vez que no universo em estudo predomina o bem-estar. Com efeito, na calha de outros estudos (Simões, 2007; Matos et al., 2007), a análise estatística mostra uma elevada percepção seja no âmbito da QVRS, seja quando tomadas separadamente as componentes afetivoemocional e cognitiva do bem-estar.

A relação com a escola, porventura o contexto mais importante dos adolescentes a seguir à família (Matos, 2005; Morales & López-Zafira, 2009; Simões, 2007; Simões et al. 2008), embora com dados que se poderiam denominar de tendência positiva, não encontra resultados tão favoráveis quanto o bem-estar. De quatro possíveis hipóteses de resposta, tomando as duas mais positivas, 44% dos adolescentes consideram-se com boa ou muito boa capacidade escolar em relação aos colegas, 77% afirmaram gostar muito ou mais ou menos da escola, 46.9% disseram sentir pouca ou nenhuma pressão com os trabalhos da escola. Em relação ao apoio dos professores 52.4% dos adolescentes julgam que os professores os tratam com justiça, 64.7% sabem que quando precisam de ajuda podem-na encontrar e 45.6% sente que os professores se interessam por eles como pessoas. O apoio dos colegas de turma é o que obtém valores mais elevados, entre 80% e 89%, avaliando os adolescentes este apoio como sempre presente ou a maior parte das vezes. Estes dados permitem perceber que há margem de progresso no contexto escola. Isto pode passar por torná-la mais apelativa, por dar mais espaço de iniciativa aos alunos, por centrar mais a escola nos alunos e nas suas especificidades, por reforçar estratégias de envolvimento/relação pedagógica entre professores e alunos, por construir projetos em comum, por participar em programas de reforço e desenvolvimentos de competências sociais, de cidadania, de saúde, de vida, de gestão emocional, por disponibilizar mais tempo para a relação pedagógica, por tornar a escola um espaço de construção de estilos de vida saudáveis sem descuidar os “conhecimentos poderosos” (Morales & López-Zafra, 2009; Mosquera & Sobäus, 2006; Young, 2007; White, 2007).

Tal como indica a literatura, o género masculino percebe-se com melhores índices de bem-estar do que o género feminino, embora esta diferença seja mais evidente na componente afetivoemocional do bem-estar do que na componente cognitiva (Berjano et al., 2008; Borges et. al., submitted; Matos et al., 2007).

Na relação com a escola o género masculino sente mais apoio dos colegas, enquanto o género feminino gosta mais da escola e sente maior *stress* com os trabalhos da escola.

Na sequência de outros estudos (Berjano et al., Borges et al., sumited; 2008; Matos et al., 2005) idade é inversamente proporcional aos níveis de bem-estar e de relação com a

escola: à medida que aumenta a idade decrescem os índices das variáveis de bem-estar e de relação com a escola, com exceção para a pressão com os trabalhos da escola que aumenta com a idade. Nesta última variável é interessante observar que o género masculino aos 11 e 13 anos mostra níveis mais elevados do que o género feminino, enquanto nos grupos etários dos 15 e 16 anos ou mais passa a ser o género feminino a manifestar níveis mais elevados de pressão com os trabalhos escolares. Como refere Berjano e colaboradores (2008), terão estes aspetos a ver com a confluência de fatores individuais – biológicos, psicológicos, sócio culturais – que nesta etapa do desenvolvimento, fomentando uma evolução de ritmo nem sempre linear, com diferenças entre idades e entre géneros? Terá o contexto escola dificuldade em ajustar-se ao desenvolvimento próprio da idade adolescente? Terão os docentes e outros agentes educativos ligados à escola disponibilidade de tempo e de formação para corresponderem de forma mais consonante com o período crítico da adolescência?

Os dados estatísticos, quando considerada a relação entre as variáveis de bem-estar e as variáveis referentes à escola, desvelam uma associação significativa e expressiva entre o contexto escolar e a perceção de bem-estar por parte dos adolescentes. Com efeito, à melhor perceção de capacidade escolar corresponde um melhor nível de bem-estar em todas as variáveis; o gosto mais positivo pela escola é acompanhado por índices mais elevados de bem estar; a perceção de maior apoio de colegas e professores relaciona-se diretamente com níveis de bem-estar estatisticamente superiores; o aumento do *stress* resultante da pressão com os trabalhos escolares diminui a sensação de bem-estar dos adolescentes. Como é também observável no estudo de Simões e colaboradores (2008), o contexto escola tem relação directa e estatisticamente significativa com o bem-estar subjetivo dos adolescentes portugueses. Como se pode ver em autores como Fernández-Berrocal & Ruiz (2008), a aposta na escola e na educação na etapa da adolescência é também uma questão de saúde pública, uma vez que contribui de forma directa para a melhoria do bem-estar, para a melhoria da saúde dos adolescentes. Como referem vários autores (Humphrey et al., 2007; Bisquerra, 2008; Matos, 2005; Morales & López-Zafra, 2009) investir no contexto escolar é construir alicerces sólidos e antissísmicos não só

para um futuro desenvolvimento económico e social, mas para a redução de riscos de problemas de saúde mental e aumento do bem-estar e realização pessoal na adultícia.

As variáveis “capacidade escolar”, “gosto pela escola” e “apoio dos professores” possuem uma associação mais forte com as variáveis de componente cognitiva do bem-estar. As variáveis “pressão com os trabalhos da escola” e “apoio dos colegas” manifestam uma associação mais expressiva com as variáveis de componente afetivoemocional. Deste modo, não se confirma plenamente a hipótese de que haveria uma prevalência da componente afetivoemocional do bem-estar na relação com as variáveis referentes à escola. Como afirma a literatura, as componentes afetivoemocional e cognitiva estão sempre entretecidas na perceção do bem-estar (Arita et al., 2005; Costa & Pereira, 2007; Ferraz et al., 2007; Lyubomirsky, 2008).

O procedimento estatístico de análise de regressão múltipla com vista a avaliar os fatores preditores das variáveis de bem-estar a partir das variáveis independentes relacionadas com a escola faz perceber, antes de mais, que todas as variáveis ligadas à escola se apresentam como preditoras – com diferentes percentagens na explicação da variância dos modelos – das variáveis de bem-estar subjetivo. Mais uma vez a análise estatística dá relevo à importância do contexto escola no bem-estar dos adolescentes (Matos, 2005; Simões, 2007). Quase se poderia dizer que a qualidade do sistema escolar é determinante para o bem-estar de um país. As variáveis relacionadas com o contexto escola, todas elas, em maior ou menor grau, afetam diretamente as variáveis que avaliam o bem-estar.

As variáveis “pressão com os trabalhos da escola”, “apoio dos colegas” e “capacidade escolar” são as variáveis que mais predizem a QVRS e a componente afetivoemocional do bem-estar subjetivo quer quando é considerada a amostra geral quer quando a amostra é avaliada por géneros. Por géneros “apoio dos colegas” é a primeira variável preditora para QVRS e para a componente afetivoemocional no género masculino, enquanto a variável “pressão com os trabalhos da escola” é a primeira variável preditora no género feminino para QVRS e para a componente afetivoemocional do bem-estar, a

que se junta a variável “apoio dos colegas” no caso da felicidade. As variáveis “capacidade escolar”, “apoio dos professores”, “apoio dos colegas” e “gostar da escola” são as variáveis que mais predizem a componente cognitiva do bem-estar subjetivo dos adolescentes, embora se mostrem diferenças quanto aos géneros: no género masculino para a SV a “capacidade escolar” é a primeira variável preditora seguida de “apoio dos colegas”, enquanto no género feminino a primeira variável preditora é “gostar da escola” seguida de “pressão com os trabalhos da escola”. Deste modo a análise de regressão múltipla encontra-se no mesmo sentido da ANOVA, quando se comparam as médias de das variáveis relacionadas com a escola com as variáveis relacionadas com o bem-estar. Como refere Costa e Pereira (2007) as componentes afetivoemocional e cognitiva do bem-estar fazem viagem no mesmo comboio e na mesma carruagem, contudo alguns domínios mostram uma maior associação com a componente cognitiva do bem-estar (“capacidade escolar”, “gosto pela escola”, “apoio dos professores”) enquanto a componente afetivoemocional manifesta maior associação com outros domínios da escola (“pressão com os trabalhos” e “apoio dos colegas”).

Quando se procedeu à análise de regressão múltipla com vista a avaliar os fatores preditores das variáveis relacionadas com a escola a partir das variáveis independentes do bem-estar, a componente cognitiva do bem-estar mostrou-se como primeira preditora das variáveis relacionadas com a escola, com algumas exceções: na variável “pressão com os trabalhos da escola” a primeira variável preditora foi QVRS na amostra geral e nos géneros; na variável “apoio dos colegas” as duas principais variáveis preditoras na amostra geral e nos géneros são de componente afetivoemocional”; na variável “apoio dos professores” a felicidade apresenta-se como segunda variável preditora nos modelos explicativos da amostra geral e do género masculino, mas no modelo explicativo para o género feminino a primeira variável preditora é QVRS.

O contexto escolar é determinante na perceção do bem-estar dos adolescentes, seja na componente cognitiva seja na componente afetivoemocional. Estratégias que alterem este contexto para melhor podem ser determinantes no incremento do bem-estar das gerações atuais e das futuras gerações. Nesse sentido a escola não deverá atender apenas

a questões técnicas e cognitivas, mas também investir na formação para a promoção de competências sociais e afetivas, investir no desenvolvimento de competências de cidadania e de regulação emocional.

Considerações finais

Os adolescentes portugueses percebem o seu bem-estar e a sua relação com a escola de forma positiva, mas continua a haver uma considerável margem de progresso que, a ser explorada, ampliaria a ligação dos adolescentes à escola e, consequentemente, o seu bem-estar e o desenvolvimento do país.

Os adolescentes do género masculino percebem-se com melhores níveis de bem-estar do que o género feminino (sobretudo na componente afetivoemocional) e sentem mais apoio dos colegas na escola. O género feminino gosta mais da escola que o género masculino e é mais vulnerável à pressão com os trabalhos da escola.

Com o aumento da idade (entre os 11 e os 16 anos ou mais) registam-se quebras na percepção do bem-estar e da relação com a escola. Aspetos biopsicossociais da adolescência e dificuldades de ajuste da escola poderão ter peso nestes dados.

As componentes cognitiva e afetivoemocional do bem-estar vivem a par, mas há domínios da escola que se relacionam mais com a componente cognitiva (“capacidade escolar”, “sentimento pela escola” e “apoio dos professores”) e outros que se relacionam mais com a componente afetivoemocional (“pressão com os trabalhos escolares” e “apoio dos colegas”).

Não é fácil sugerir as variáveis que precisariam de maior investimento para melhorar a percepção e relação dos adolescentes com a escola e com o bem-estar. A dimensão cognitiva e a dimensão afetivoemocional são importantes no bem-estar e na relação com a escola. Mas não será que, nos últimos tempos da história, se tem investido e insistido mais em aspetos técnicos e cognitivos e menos em competências afetivo-emocionais?

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, I. & Lima, M. P. (2007). *Personalidade e Bem-Estar Subjectivo: Uma Abordagem com os Projetos Pessoais*. Psicologia.com.pt. Documento Produzido em 15-10-2007. Consultado em 16 de novembro de 2009 na World Wide Web: www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0373.pdf.
- Alma-Ata (1978). *Declaração da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Consultado em 25 de fevereiro de 2006 na World Wide Web: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
- Arita, B., Romano, S., Garcia, N. & Félix, M. (2005). Indicadores Objectivos y Subjectivos de la Calidad de Vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 10(1), 93-102.
- Arthaud-Day, M., Rode, J., Mooney, C. & Near, J. (2005). The subjective well-being construct: A test of its convergent, discriminate, and factorial validity. *Social Indicators Research*, 74, 445-476.
- Berjano, R., Foguet, J. & González, A. (2008). El desarrollo de estilos de vida en los adolescentes escolarizados: diferencias entre chicos y chicas. *IberPsicología* 2008: 13.1. Consultado em 27 de julho de 2008 na World Wide Web: <http://psicologia-online/ciopa2001/atividades/57/index.html>
- Bisegger, C., Cloetta, B., von Rüden, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U. & The European KIDSCREEN Group (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial und Präventivmedizin*, 50, 281-291.
- Bisquerra, R. (2008). Educación emocional para la convivencia: las competencias emocionales. In M. S. Jiménez (coord.). *Educación Emocional y Convivencia en el aula*. Madrid. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.
- Borges, A., Matos, M. & Diniz, J. (under review) Processo Adolescente e Saúde Positiva: Âmbitos Afetivo e Cognitivo. *Psicologia Reflexão e Crítica*.
- Borges, A., Matos, M. & Diniz, J. (submitted). Idade, Género e Bem-Estar nos Adolescentes. *Revista Portuguesa de Pedagogia*.

- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives of human development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Costa, L. & Pereira, C. (2007). Bem-estar subjectivo: aspetos conceituais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1), 72-80.
- Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XII(1), 83-96.
- Diener, E, Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-424.
- Enricone, D. (2004). *Ser Professor*. 4ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Espinosa, J. L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 90, 57-71.
- Fernández-Berrocal, P. & Ruiz, D. (2008). La educación de la inteligência emocional desde el modelo de Mayer y Salovey. In M. S. Jiménez (coord.). *Educación Emocional y Convivencia en el aula*. Madrid. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, pp. 163-178.
- Ferraz, R., Tavares, H & Zilberman, M. (2007). Felicidade: uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 234-242.
- Frey, B. & Stutzer, A. (2004). *Happiness Research: State and Prospects*. Institute for Empirical Research in Economics Working, Paper No. 190. University of Zurich. Consultado em 28 de fevereiro de 2007 na World Wide Web: <http://ssrn.com/abstract=559427>.
- Gaspar, T., Pais-Ribeiro, J., Matos, M. & Leal, I. (2008). Promoção de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 55-71.
- Health Behaviour in School-Aged Children* (2006).
- Humphrey, N., Curran, A., Morris, E., Farrel, P. & Woods, K. (2007). Emotional intelligence and education: A critical review. *Educational Psychology*, 27(2), 235-254.

- Kahneman, D., Krueger, A., Schkade, D., Schwarz, N. & Stone, A. (2006). Would you be happier if you were richer? A focusing illusion. *Science* 312, 1908-1920.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La Ciencia de la Felicidad*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Marujo, H., A. & Neto, L. M. (2004). *Otimismo e Esperança na Educação: Fontes inspiradoras para uma Escola Criativa*. Lisboa: Presença.
- Matos, M. (2005). Adolescência, saúde e desenvolvimento. In M. Matos (Eds) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, pp. 27-39
- Matos, M., Gonçalves, A., Gaspar, T. (2005) *Aventura social e saúde: prevenção do VIH numa comunidade migrante*. Lisboa, CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. & Equipa do Projeto Aventura Social (2007). *A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em oito anos*. Lisboa, CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- Minto, E. C., Pedro, C. P., Netto, J. R. C., Bugliani, M. A. P. & Gorayeb, R. (2006). Ensino de habilidades de vida na escola: uma experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 561-568.
- Morales, M. & López-Zafra, E. (2009). Inteligencia emocional Y rendimiento escolar: estado actual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 69-79.
- Mosquera, J. J. M & Stobäus, C. D. (2006). Afetividade : A Manifestação de Sentimentos na Educação. *Educação* 58(1), 123-133.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. de Jesus & C. Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida*. Alcochete: Textiverso, pp. 31-49.
- Rajmil, L., Alonso, J., Berra, S., Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Simeoni, M-C., Auquier, P. & The Kidscreen Group. (2006). Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *Journal of Adolescent Health*, 38, 511-518.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B.M., Bruil, J., Dür, W., Power, M. & Rajmil, L. (2001). The European KIDSCREEN Group: Quality of

- life in children and adolescents: a European public health perspective. *Sozial und Präventivmedizin*, 46, 294-302.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. *Ciencia Y Enfermeria*, 9(2), 9-21.
- Simões, M. C. R. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Simões, C., Matos, M. & Batista-Foguet, J. (2008). Saúde e felicidade na adolescência: fatores individuais e sociais associados às percepções de saúde e de felicidade dos adolescentes portugueses. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(2), 19-38.
- Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities of Life: Ordering concepts and measures of the good life. *Journal Of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Veenhoven, R. (2005). Is Life Getting Better? How long and happy people live in modern society. *European Psychologist*, 10, 330-343.
- Vergílio Ferreira, Em Nome da Terra, Bertrand Editora, Lisboa, 1990, 2ª ed., p. 83.
- White, J. (2007). *What schools are for and the reasons why?* Impact Paper, Philosophy of Education Society of Great Britain.
- WHO (1948). *Officials Records of the World Health Organization*, nº 2, p. 100. United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.
- Young, M. (2007). What are Schools For?. In Daniels, Lauder & Porter (Orgs.). *The Routledge Companion to Education*. Routlege: London.

Estudo 8 – Tempo de Ecrã e Bem-Estar nos Adolescentes Portugueses: Televisão, Jogos e Uso do Computador⁸

Resumo

O tempo de ecrã tem sido objeto de estudo nas últimas décadas, tendo-se demonstrado o seu impacto na saúde e bem-estar dos adolescentes tanto no componente afetivoemocional como no cognitivo. Assumiu-se como objetivo deste estudo avaliar o tempo de ecrã dos adolescentes portugueses e qual o seu impacto na saúde/bem-estar, tanto no componente cognitivo como no componente afetivoemocional, considerando o género e a idade. O bem-estar foi avaliado com a escala *Kidscreen 10* para a qualidade de vida relacionada com a saúde e com a escala da *Cantril* para a satisfação com a vida. Utilizaram-se os dados da amostra portuguesa do estudo *Health Behaviour in School-Aged Children 2006*, constituída por 4877 adolescentes, com média de idade de 14 anos, 50,4% do género feminino. Após análise descritiva, procedeu-se à comparação de médias entre grupos e à regressão linear. Os adolescentes portugueses mostram diferenças intergéneros e nas distintas faixas etárias quanto ao tempo de ecrã. No género masculino mais tempo de ecrã corresponde a níveis mais elevados no componente afetivoemocional do bem-estar. No género feminino mais tempo de ecrã associa com menores níveis no componente cognitivo do bem-estar. Esta pesquisa poderá ser útil para compreender a importância do tempo de ecrã no desenvolvimento saudável do adolescente e para desenhar estratégias educativas adequadas à idade e ao género dos adolescentes, levando-os a desenvolver competências e estratégias para lidarem com as antigas e novas tecnologias de comunicação de forma positiva.

⁸ Borges, A., Ferreira, M., Matos, M. & Diniz, J. (accepted, under review). Tempo de Ecrã e Bem-Estar nos Adolescentes Portugueses: Televisão, Jogos e Uso do Computador. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapy*.

Palavras chave: Adolescência; Tempo de Ecrã; Saúde; Bem-Estar; Componente Afetivo; Componente Cognitivo.

Revisão de Literatura

Tanto os "antigos" *media* (televisão, filmes, revistas) como os "novos" *media* (*internet* e redes sociais, videojogos, *videoclips*, telemóveis) podem ter impacto na saúde / bem-estar dos mais jovens, devendo suscitar a preocupação de profissionais de saúde, de técnicos de educação e dos pais (Strasburger, Wilson & Jordan, 2009). A conceção do mundo, da vida e da realidade vai sendo mais ou menos impregnada pelas influências do tempo de ecrã, dia após dia, mês após mês, ano após ano. Esta influência torna-se mais penetrante e eficaz nos menores, uma vez que quanto menor a idade, menor é o sentido crítico e maior é a receptividade. Prova disso é que uma grande parte da cultura adolescente está conformada às mensagens repetidamente emitidas no ecrã (Trallero, 2010).

Os novos e os antigos *media*, nos últimos tempos, também por dificuldades de tempo para o diálogo familiar, constituem a principal fonte de informação dos adolescentes de ambos os géneros em quase todos os temas que os preocupam (Strasburger, Jordan & Donnerstein, 2010). Muito para além das culturas juvenis, este tipo de informações pode determinar abordagens, atitudes e posturas como, por exemplo, o peso que atribuem a muitos comportamentos de risco para a saúde, a visão que as adolescentes têm dos rapazes e estas delas, como devem abordar as relações entre si (Firminger, 2006). Efetivamente, entre outros, os *media* atuais são determinantes não só em transmitir aos adolescentes atitudes e condutas gerais, mas também, e muito especialmente, na definição das suas funções e papéis genéricos, isto é, da sua masculinidade e feminilidade (Trallero, 2010).

As ofertas de ecrã destinadas a adolescentes são tão extensas e variadas que uma grande parte gasta entre 3 a 6 horas por diante do ecrã, mais tempo do que em qualquer outra atividade, com exceção para o dormir (Roberts, Foehr & Rideout, 2006). Certas ofertas mostram benefícios tanto no que se refere às cognições (Linebarger & Walker, 2005), como aos comportamentos, como é o caso do aumento da empatia e da aceitação da

diversidade através da modelagem de comportamentos pró-sociais (Hogan & Strasburger, 2008). Outras ofertas demonstram promover efeitos menos positivos para a saúde/bem-estar, como comportamentos agressivos e violentos, comportamentos sexuais de risco, uso e abuso de substâncias, perturbações alimentares, diminuição da atividade física, baixa autoestima (Strasburger, Jordan & Donnerstein, 2010). No entender de Anderson (2002), os efeitos salubres da televisão podem ser melhorados e os efeitos nocivos atenuados pela presença de um moderador adulto.

O impacto do ecrã aumenta significativamente com a presença da televisão e do computador no quarto dos adolescentes, fomentando a sua progressiva autonomia em relação aos pais, a maior vinculação com os pares, o aumento de comportamentos de risco e da vida em solitário (Jordan, Bleakley, Manganello, Hennessy, Stevens & Fishbein, 2010), a menor participação em atividades como leitura e lazer ativo (Strasburger, Wilson & Jordan, 2009), e menos horas de sono (Zimmerman, 2008).

Os adolescentes de hoje têm um acesso sem precedentes aos novos *media* e usam-nos de maneiras esperadas e inesperadas. São criativos no uso das novas tecnologias, e essa criatividade pode elevar a angústia dos pais, professores e prestadores de cuidados de saúde (Christakis, 2009).

Nos adolescentes de 11 a 19 anos, o menor rendimento escolar aumenta proporcionalmente à quantidade de horas diárias diante do ecrã. E o rendimento piora se os filmes, os jogos, as navegações na *internet* não são as mais adequadas (Sharif & Sargent, 2006). Os adolescentes estão cada vez mais envolvidos em múltiplas tarefas simultâneas com os *media* (Rideout, 2010), mas não é claro se mitigam os efeitos dos *media* ou se afetam o processamento cognitivo. Alguns neuro-cientistas começam a preocupar-se com o impacto de todas estas novas tecnologias no desenvolvimento do cérebro do adolescente (Small & Vorgan, 2008).

O género masculino costuma ter mais tempo de ecrã do que o género feminino em jogos e na utilização do computador, apesar de elas dedicarem mais tempo a ouvir música

(Roberts, Henriksen & Foehr, 2004). Os adolescentes com mais tempo de ecrã são mais propensos a ter associação longitudinal com baixa autoestima, pior perceção do estado de saúde, maior prevalência de tabagismo, mais sintomas somáticos, uso de álcool e substâncias ilícitas, pior qualidade de vida e de relações familiares, menos tempo a investir em interações sociais, a resolver problemas pessoais ou a testar os limites da própria capacidade cognitiva e física (Iannotti, Kogan, Janssen & Boyce, 2009). O tempo de ecrã pode influenciar o equilíbrio energético através do deslocamento da atividade física, aumento da ingestão calórica ou taxa reduzida metabólica e aumentar as probabilidades de obesidade (Boone, Gordon-Larsen, Adair & Popkin, 2007; Epstein, Roemmich, Paluch & Raynor, 2005).

O bem-estar não significa ausência de sensações negativas, mas antes uma construção individual que inclui o processamento positivo das informações e percepções, resultantes das vivências e da avaliação global e específica de todos e cada aspeto da vida (Rodríguez, 2009). É composto por dois componentes básicos (Diener, Oishi & Lucas, 2003; Lyubomirsky, 2008): o primeiro, centrado nos aspetos afetivo-emocionais (referente aos estados de ânimo do indivíduo), que, por sua vez, abarcariam o balanço entre o afeto positivo e o afeto negativo; o segundo, centrado nos aspetos cognitivo-valorativos (referido ao juízo de satisfação com a vida feito pelo próprio indivíduo). O bem-estar, segundo este modelo, é o resultado da conjugação destes dois componentes, diferentes e relativamente independentes, mas entretecidos de tal modo que exibem um padrão único de associações com diferentes variáveis (Diener et al., 2003; Lyubomirsky, 2008).

A satisfação com a vida é um componente de índole sobretudo cognitiva, que se constrói a partir dos juízos que a pessoa faz sobre a sua vida, onde analisa os diferentes aspetos positivos e negativos em distintos âmbitos (Rodríguez, 2009).

Assumiu-se como objetivo geral deste estudo avaliar como é que os adolescentes portugueses percecionam o respetivo tempo de ecrã e qual o seu impacto na saúde/bem-

estar, tanto no componente cognitivo como no componente afetivoemocional. Considerou-se também a idade e o género nesta relação.

Perceber como é que o adolescente usa o seu tempo livre, nomeadamente diante do ecrã, poderá ajudar educadores e técnicos de saúde na adoção de estratégias e linhas de ação que potenciem os recursos pessoais do adolescente, atenuem eventuais comportamentos de risco, melhorem a qualidade das ofertas e dos contextos, promovam um desenvolvimento mais saudável.

A revisão de literatura faz prever impacto da quantidade de tempo de ecrã na autoperceção do adolescente quanto à respetiva saúde e bem-estar. Espera-se que os adolescentes com menor tempo de ecrã mostrem níveis mais elevados de saúde/bem-estar. Esperam-se ainda diferenças entre géneros e nas faixas etárias.

Método

Participantes

Participaram 4877 indivíduos adolescentes, residentes em Portugal continental, a frequentar as escolas públicas, 49.6% do género masculino e 50.4% do género feminino, correspondendo aos participantes do estudo europeu *Health Behaviour in School-aged Children 2006* (Currie et al., 2008; Matos, Simões, Tomé, Gaspar, Camacho, Diniz & Equipa do Projeto Aventura Social, 2007), que tem como objetivo geral obter uma maior e melhor compreensão dos comportamentos de saúde dos adolescentes nos seus contextos. Os dados recolhidos permitem comparações nacionais e internacionais. Com efeito, mais de 44 países aderiram a este estudo que colabora com a Organização Mundial de Saúde (Roberts, Currie, Samdal, Currie, Smith, & Maes, 2007).

O estudo abrange 3.7% do total de estudantes do ensino básico e secundário em Portugal (31.7% do 6º ano, 35.7% do 8º ano e 32.6% do 10ºano), correspondendo

21.3% à faixa etária dos 11 anos, 30.2% à faixa etária dos 13 anos, 33.1% à faixa etária dos 15 anos e 15.3% à faixa etária dos 16 anos ou mais. A média de idades é de 14 anos e o desvio padrão 1.89. A generalidade dos adolescentes tem nacionalidade portuguesa (94.1%), tal como os respetivos ascendentes (92.4% pai e 92% mãe).

Da totalidade da amostra, no presente estudo, foram excluídos cerca de 2.0% dos adolescentes por não responderem ao questionário segundo as indicações do protocolo.

Medidas

Na recolha de dados utilizou-se o questionário HBSC 2006, segundo o respetivo protocolo (Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2001). Para o tempo de ecrã o estudo fixou-se nas seguintes medidas: (1) o número de horas diárias a ver televisão, vídeos e DVDs durante a semana e ao fim de semana; (2) o número de horas diárias com jogos de computador ou de consola (*playstation, xbox*, etc.) à semana e ao fim de semana; (3) o número de horas diárias a usar o computador (*chats, internet, emails*, trabalhos) à semana e ao fim de semana. Para a saúde / bem-estar o estudo reteve os itens relacionados com: (1) a qualidade de vida relacionada com a saúde (*Kidscreen 10*); (2) a satisfação com a vida (Cantril, 1965).

O tempo diário que os adolescentes dedicam ao ecrã foi expresso em escalas de *Likert* de 9 pontos entre “nenhuma” e “cerca de 7 ou mais horas por dia”, para os dias da semana e para os dias de fim de semana, relativamente ao tempo de televisão, jogos de ecrã e uso de computador.

A qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) foi medida pelo *Kidscreen 10*: os seus autores propõem esta escala para avaliar uma característica unidimensional global de saúde (Rajmil, Alonso, Berra, Ravens-Sieberer, Gosch, Simeoni, Auquier, & The Kidscreen Group, 2006), mas como referem Borges, Matos e Diniz (2011) a escala permitiu decifrar dois fatores, correspondendo o primeiro à componente afetivoemocional (AE) e o segundo à componente cognitiva (CO). As 10 questões da

escala situam o adolescente na semana anterior para que responda numa escala de *Likert* de cinco pontos entre “nada” e “totalmente” (Rajmil et al., 2006). A satisfação com a vida foi medida com a escala de Cantril (1965), representada graficamente como uma escada, onde o degrau “10” corresponde à “melhor vida possível” e o degrau “0” representa a pior vida possível; foi solicitado que os adolescentes assinalassem o degrau que melhor descrevia o que sentiam naquele momento.

Procedimento

Este trabalho é fundamentalmente um estudo descritivo e correlacional de carácter transversal.

O estudo seguiu todas as normas para pesquisa com seres humanos, neste caso particular, com menores: aprovado por uma comissão de ética (Hospital São João - Porto), pelo Ministério da Educação, pelas Direções Regionais de Educação, pelas escolas participantes e mediante o consentimento informado dos pais, requerido através da comissão de pais de cada escola.

A unidade de análise foi a turma. Primeiro as escolas e depois as turmas foram seleccionadas aleatoriamente até se obter uma amostra representativa da população escolar, com uma percentagem de 3.7% do número de alunos. Os questionários foram enviados para as escolas e, de acordo com o protocolo, os professores durante o mês de janeiro de 2006, administraram os questionários em sala de aula, sendo a participação dos alunos voluntária (Matos & Batista-Foguet, 2007).

Os questionários preenchidos foram digitalizados, traduzidos e interpretados através do programa “*Eyes & Hands-Forms*”, versão 5. As informações quantitativas foram posteriormente introduzidas numa base de dados do programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 19.0 para *Windows*, para a respetiva análise e tratamento estatístico.

Os participantes foram organizados em quatro grupos etários: o grupo dos 11 anos, a que corresponderiam os alunos do 6º ano (21.3% da amostra); o grupo dos 13 anos, a que corresponderiam os alunos do 8º ano (30.2% da amostra); o grupo dos 15 anos, a que corresponderiam os alunos do 10º ano (33.1% da amostra); e o grupo dos 16 anos ou mais (15.3% da amostra), a que corresponderiam alunos com história de retenção escolar ou que, eventualmente, teriam entrado mais tarde no sistema de ensino.

Após a análise descritiva do tempo diário dedicado pelos adolescentes à televisão, aos jogos de ecrã e ao uso do computador, durante a semana e ao fim de semana, optou-se por se estudar o tempo diário total de ecrã na relação com as variáveis de saúde/bem-estar. Deste modo considerou-se o tempo de ecrã diário durante os dias da semana, o tempo de ecrã diário durante o fim de semana e, finalmente, o tempo de ecrã diário global. A Academia Americana de Pediatria (2010), fundamentando-se em numerosos estudos, recomenda que o tempo de ecrã não ultrapasse uma média de 2 horas diárias nas crianças e adolescentes. Como tal, julgou-se oportuno converter o tempo de ecrã diário em quatro grupos: (1) até 2 horas; (2) entre 2 e 3 horas; (3) entre 3 e 4 horas; (4) 4 e mais horas.

Análise

Tomaram-se como variáveis independentes os itens relativos ao tempo de ecrã e como variáveis dependentes os itens relacionados com a saúde/bem-estar. Para além da análise descritiva, procedeu-se à comparação de médias (*Anova*), com o objetivo de se analisar as diferenças significativas para as variáveis dependentes. A regressão logística foi usada para verificar o impacto das variáveis do tempo de ecrã num modelo explicativo de saúde / bem-estar dos adolescentes portugueses. Nas comparações *post-hoc* adoptou-se o método *Tukey* para os homogéneos e método *Games-Howell* para os heterogéneos (Maroco, 2007).

Resultados

Os adolescentes portugueses passam mais horas por dia diante da televisão e menos horas diárias na utilização do computador. O número de horas de televisão, de jogos e de utilização do computador é mais abundante ao fim de semana do que durante a semana. Na comparação intergéneros não se observam diferenças quanto ao tempo de televisão durante os dias da semana, mas registam-se diferenças em todas as outras comparações. É o género feminino que passa mais horas diante da televisão ao fim de semana. Nos jogos de ecrã e no uso do computador o género masculino gasta mais horas diárias do que o género feminino tanto à semana como ao fim de semana.

Tabela 38 – Diferença de géneros do tempo de ecrã dos adolescentes portugueses à semana e fim de semana

TV						TV					
Semana						F_Semana					
M		F		χ^2		M		F		χ^2	
(N=2360)		(N=2419)				(N=2347)		-2415			
N	%	N	%			N	%	N	%		
Até 2 H	1070	45.3	1046	43.2	3.16n.s.	673	28.7	586	24.3	12.08**	
Cerca 3/4 H	771	32.7	847	35.0		722	30.8	802	33.2		
Cerca 5/+ H	519	22.0	526	21.7		952	40.6	1027	42.5		
jogos.ecrã						jogos.ecrã					
Semana						F_Semana					
M		F		χ^2		M		F		χ^2	
(N=2354)		(N=2425)				(N=2353)		-2413			
N	%	N	%			N	%	N	%		
Até 2 H	1482	63.0	2087	86.1	350.57***	1005	42.7	1834	76.0	589.96***	
Cerca 3/4 H	460	19.5	222	9.2		607	25.8	362	15.0		
Cerca 5/+ H	412	17.5	116	4.8		741	31.5	217	9.0		
usar.comp						usar.comp					
Semana						F_Semana					
M		F		χ^2		M		F		χ^2	
(N=2349)		(N=2416)				(N=2329)		-2409			
N	%	N	%			N	%	N	%		
Até 2 H	1756	74.8	1884	78.0	9.47**	1534	65.9	1655	68.7	6.83*	
Cerca 3/4 H	325	13.8	317	13.1		375	16.1	386	16.0		
Cerca 5/+ H	268	11.4	215	8.9		420	18.0	368	15.3		

No cômputo geral (televisão, jogos de ecrã e utilização do computador) o género feminino tem menos horas de ecrã tanto à semana como ao fim de semana, com diferenças estatisticamente significativas em relação ao género masculino.

Na análise comparativa entre faixas etárias obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas quanto às horas diárias de televisão durante a semana [$\chi^2(6) = 45.45$; $p \leq .001$] e durante o fim de semana [$\chi^2(6) = 48.92$; $p \leq .001$]: o número de horas de televisão por dia durante a semana aumenta progressivamente entre a faixa etária dos 11 anos e dos 16 anos ou mais; o número de horas de televisão ao fim de semana aumenta progressivamente entre a faixa etária dos 11 anos e dos 15 anos, decrescendo ligeiramente quando se evolui para o grupo da faixa etária dos 16 anos ou mais. Nos jogos de ecrã não se observaram diferenças entre faixas etárias durante a semana, mas o fim de semana mostrou diferenças [$\chi^2(6) = 20.00$; $p = .003$], sendo a faixa etária dos 11 anos aquela que se ocupa com menos horas de jogos de ecrã e as faixas etárias dos 13 e dos 16 anos ou mais as que se ocupam com mais horas de jogos de ecrã. Na utilização do computador constataram-se diferenças quanto às horas diárias durante a semana [$\chi^2(6) = 92.75$; $p \leq .001$] e durante o fim de semana [$\chi^2(6) = 146.91$; $p \leq .001$]: o número de horas de utilização diária do computador durante a semana é menor na faixa etária dos 11 anos, aumentando progressivamente até à faixa etária dos 16 anos ou mais; no fim de semana o número de horas de utilização do computador também é mais baixo aos 11 anos e aumenta progressivamente até aos 16 anos ou mais.

Foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de tempo de ecrã durante os dias da semana laboral em relação às variáveis de saúde/bem-estar, com exceção para a variável “satisfação com a vida”. Na amostra geral observam-se diferenças no componente afetivoemocional e no componente cognitivo da qualidade de vida relacionada com a saúde. Na amostra do género masculino as diferenças entre grupos são obtidas no componente afetivoemocional da qualidade de vida relacionada com a saúde. Na amostra do género feminino o componente cognitivo da qualidade de vida relacionada com a saúde regista diferenças entre os grupos de tempo de ecrã durante a semana.

Tabela 39 – Diferenças entre *screen time* dos dias da semana em relação à perceção de saúde dos adolescentes portugueses

ANOVA Amostra Geral	Até 2 H (n=2554)		Entre 2 e 3 H (n=1214)		Entre 3 e 4 H (n=514)		4 e + H (n=419)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS	38.74	5.55	38.80	5.57	38.66	5.39	39.14	5.88	.655n.s.
AE_QVRS	27.59	4.42	27.77	4.40	27.75	4.33	28.36	4.67	3.545*
CO_QVRS	11.12	2.06	11.00	2.05	10.93	1.95	10.70	2.25	5.708***
Sat. Vida	7.33	1.91	7.32	1.87	7.22	1.91	7.20	2.07	.907n.s.
ANOVA Masculino	Até 2 H (n=1130)		Entre 2 e 3 H (n=586)		Entre 3 e 4 H (n=315)		4 e + H (n=281)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS	39.42	5.30	40.07	5.01	39.32	5.22	40.06	5.54	2.781n.s.
AE_QVRS	28.30	4.17	28.86	3.92	28.36	4.22	29.18	4.33	4.958**
CO_QVRS	11.08	2.02	11.16	1.97	11.06	1.95	10.77	2.30	2.385n.s.
Sat. Vida	7.34	1.87	7.46	1.76	7.24	1.82	7.33	1.96	1.119n.s.
ANOVA Feminino	Até 2 H (n=1424)		Entre 2 e 3 H (n=628)		Entre 3 e 4 H (n=199)		4 e + H (n=138)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS	38.21	5.69	37.62	5.79	37.63	5.50	37.27	6.12	2.368n.s.
AE_QVRS	27.03	4.52	26.76	4.58	26.96	4.40	26.66	4.92	.642n.s.
CO_QVRS	11.16	2.10	10.85	2.11	10.72	1.93	10.56	2.15	6.964***
Sat. Vida	7.32	1.93	7.18	1.95	7.18	2.05	6.94	2.26	2.098n.s.

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Sat. Vida = Satisfação com a Vida

As comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, na amostra geral, indicaram: (1) o grupo de indivíduos com tempo de ecrã nos dias da semana “4 ou mais horas” relatou níveis mais elevados no componente afetivoemocional da qualidade de vida relacionada com a saúde (M=28.36; DP=4.67), quando comparado com o grupo de indivíduos com tempo de ecrã nos dias da semana “até 2 horas” (M=27.59; DP=4.42); (2) no componente cognitivo da qualidade de vida relacionada com a saúde o grupo de indivíduos com tempo de “4 ou mais horas” relatou um nível mais baixo (M=10.70; DP=2.25), quando comparado com o grupo de indivíduos com tempo de ecrã nos dias da semana “até 2 horas” (M=11.12; DP=2.06).

Na amostra do género masculino as comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, indicaram: (1) o grupo de indivíduos com tempo de ecrã nos dias da semana “até 2 horas” relatou níveis mais baixos no componente afetivoemocional da qualidade de vida relacionada com a saúde (M=28.30; DP=4.17), quando comparado com o grupo de indivíduos com tempo de ecrã “entre 2 e 3 horas” (M=28.86; DP=3.92) e com o grupo de indivíduos “4 e mais horas” (M=29.18; DP=4.33); (2) ainda no componente afetivoemocional da qualidade de vida relacionada com a saúde o grupo “entre 3 e 4 horas” mostrou níveis mais baixos (M=28.36; DP=4.22) quando comparado com o grupo “4 e mais horas”.

Na amostra do género feminino as comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, indicaram que no componente cognitivo da qualidade de vida relacionada com a saúde o grupo de indivíduos com tempo de ecrã nos dias da semana “até 2 horas” manifestou índices mais elevados (M=11.16; DP=2.10), quando comparado com o grupo de indivíduos “entre 2 e 3 horas” (M=10.85; DP=2.11), com o grupo de indivíduos “entre 3 e 4 horas” (M=10.72; DP=1.93) e com o grupo de indivíduos “4 e mais horas” (M=10.56; DP=2.15).

Foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de tempo de ecrã durante os dias do fim de semana em relação às variáveis de saúde/bem-estar. Na amostra geral observam-se diferenças no componente afetivoemocional e no componente cognitivo da qualidade de vida relacionada com a saúde, bem como na satisfação com a vida. Na amostra do género masculino as diferenças entre grupos são obtidas no componente cognitivo da qualidade de vida relacionada com a saúde. Na amostra do género feminino registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de tempo de ecrã durante o fim de semana em relação a todas as variáveis de saúde/bem-estar.

Tabela 40 – Diferenças entre *screen time* dos dias de fim de semana em relação à perceção de saúde dos adolescentes portugueses

ANOVA Amostra Geral	Até 2 H (n=1497)		Entre 2 e 3 H (n=1449)		Entre 3 e 4 H (n=888)		4 e + H (n=844)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	

QVRS	38.78	5.67	38.68	5.51	38.80	5.24	39.04	5.68	.720n.s.
AE_QVRS	27.68	4.50	27.55	4.39	27.74	4.17	28.13	4.54	3.109*
CO_QVRS	11.08	2.16	11.12	2.00	11.02	1.90	10.86	2.17	2.941*
Sat. Vida	7.45	1.95	7.25	1.85	7.24	1.83	7.23	2.00	4.025**
ANOVA Masculino	Até 2 H (n=609)		Entre 2 e 3 H (n=636)		Entre 3 e 4 H (n=502)		4 e + H (n=550)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS	39.16	5.50	39.88	5.04	39.94	4.81	39.70	5.40	2.605n.s.
AE_QVRS	28.17	4.38	28.65	3.90	28.67	3.83	28.73	4.32	2.174n.s.
CO_QVRS	10.92	2.09	11.23	1.94	11.23	1.84	10.90	2.18	4.611**
Sat. Vida	7.36	1.94	7.44	1.71	7.36	1.79	7.28	1.94	.749n.s.
ANOVA Feminino	Até 2 H (n=888)		Entre 2 e 3 H (n=813)		Entre 3 e 4 H (n=386)		4 e + H (n=294)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS	38.53	5.77	37.75	5.69	37.35	5.41	37.78	5.99	4.614**
AE_QVRS	27.33	4.55	26.70	4.55	26.56	4.30	26.99	4.74	3.817**
CO_QVRS	11.18	2.20	11.04	2.03	10.75	1.95	10.78	2.15	5.102**
Sat. Vida	7.51	1.96	7.10	1.94	7.07	1.87	7.14	2.12	8.240***

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Kids 10; Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Sat. Vida = Satisfação com a Vida

As comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, na amostra geral, indicaram: (1) o grupo de indivíduos com tempo de ecrã “4 ou mais horas” por dia do fim de semana relatou um nível mais elevado no componente afetivoemocional da qualidade de vida relacionada com a saúde (M=28.13; DP=4.54), quando comparado com o grupo de indivíduos com tempo de ecrã “entre 2 e 3 horas” (M=27.55; DP=4.39); (2) no componente cognitivo da qualidade de vida relacionada com a saúde o grupo de indivíduos com tempo de ecrã “4 ou mais horas” relatou um nível mais baixo (M=10.86; DP=2.17), quando comparado com o grupo de indivíduos com tempo de ecrã “entre 2 e 3 horas” (M=11.12; DP=2.00); (3) na satisfação com a vida o grupo de indivíduos com tempo de ecrã diário ao fim de semana “até 2 horas” evidenciou índices mais elevados (M=7.45; DP=1.95), quando comparado com o grupo “entre 2 e 3 horas” (M=7.25; DP=1.85), com o grupo “entre 3 e 4 horas” (M=7.24; DP=1.83) e com o grupo “4 e mais horas” (M=7.23; DP=2.00).

Na amostra do género masculino as comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, indicaram que no componente cognitivo da qualidade de vida relacionada com a saúde os grupos “até 2 horas” e “4 ou mais horas” diárias ao fim de semana relataram níveis mais baixos ($M=10.92$; $DP=2.09$) e ($M=10.90$; $DP=2.18$), respetivamente, quando comparados com os grupos “entre 2 e 3 horas” ($M=11.23$; $DP=1.94$) e o grupo “entre 3 e 4 horas” ($M=11.23$; $DP=1.84$).

Na amostra do género feminino as comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, indicaram que o grupo com tempo de ecrã diário ao fim de semana “até 2 horas” manifestou índices mais elevados em todas as variáveis de saúde/bem-estar: (1) em qualidade de vida relacionada com a saúde ($M=38.53$; $DP=5.77$), quando comparado com o grupo “entre 2 e 3 horas” ($M=37.75$; $DP=5.69$) e com o grupo “entre 3 e 4 horas” ($M=37.35$; $DP=5.41$); (2) no componente afetivoemocional de qualidade de vida relacionada com a saúde ($M=27.33$; $DP=4.55$), quando comparado com o grupo “entre 2 e 3 horas” ($M=26.70$; $DP=4.55$) e com o grupo “entre 3 e 4 horas” ($M=26.56$; $DP=4.30$); (3) no componente cognitivo da qualidade de vida relacionada com a saúde ($M=11.18$; $DP=2.20$), quando comparado com o grupo “entre 3 e 4 horas” ($M=10.75$; $DP=1.95$) e com o grupo “4 ou mais horas” ($M=10.78$; $DP=2.15$); (4) na satisfação com a vida ($M=7.51$; $DP=1.96$), quando comparado com o grupo “entre 2 e 3 horas” ($M=7.10$; $DP=1.94$), com o grupo “entre 3 e 4 horas” ($M=7.07$; $DP=1.87$), e com o grupo “4 ou mais horas” ($M=7.14$; $DP=2.12$).

Foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de tempo de ecrã diário na totalidade da semana, com exceção para a variável de saúde / bem-estar “qualidade de vida relacionada com a saúde”. Na amostra geral observam-se diferenças no componente afetivoemocional e no componente cognitivo da qualidade de vida relacionada com a saúde. Na amostra do género masculino as diferenças entre grupos são obtidas no componente afetivoemocional da qualidade de vida relacionada com a saúde. Na amostra do género feminino registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de tempo de ecrã do componente cognitivo da qualidade de vida relacionada com a saúde e da satisfação com a vida.

Tabela 41 – Diferenças entre *screen time* do total dos dias da semana em relação à percepção de saúde dos adolescentes portugueses

ANOVA Amostra Geral	Até 2 H (n=1730)		Entre 2 e 3 H (n=1547)		Entre 3 e 4 H (n=791)		4 e + H (n=545)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS	38.64	5.64	38.85	5.51	38.82	5.32	39.08	5.77	.926n.s.
AE_QVRS	27.49	4.53	27.73	4.32	27.86	4.25	28.19	4.62	3.642*
CO_QVRS	11.11	2.11	11.09	2.02	10.95	2.00	10.82	2.14	3.393*
Sat. Vida	7.38	1.94	7.28	1.85	7.25	1.88	7.19	2.04	1.956n.s.
ANOVA Masculino	Até 2 H (n=710)		Entre 2 e 3 H (n=725)		Entre 3 e 4 H (n=461)		4 e + H (n=360)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS	39.19	5.43	39.90	5.03	39.86	5.03	39.87	5.43	2.741n.s.
AE_QVRS	28.12	4.33	28.70	3.87	28.68	4.04	28.89	4.32	3.765**
CO_QVRS	11.02	2.01	11.17	1.98	11.15	1.96	10.89	2.19	1.976n.s.
Sat. Vida	7.32	1.92	7.48	1.70	7.29	1.87	7.25	1.93	1.657n.s.
ANOVA Feminino	Até 2 H (n=1020)		Entre 2 e 3 H (n=822)		Entre 3 e 4 H (n=330)		4 e + H (n=185)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QVRS	38.27	5.75	37.91	5.74	37.39	5.38	37.54	6.11	2.329n.s.
AE_QVRS	27.06	4.61	26.88	4.51	26.73	4.28	26.78	4.88	.573n.s.
CO_QVRS	11.18	2.17	11.02	2.04	10.67	2.02	10.71	2.05	6.200***
Sat. Vida	7.43	1.95	7.11	1.95	7.19	1.88	7.06	2.23	4.703**

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Kids 10; Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Sat. Vida = Satisfação com a Vida

As comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, na amostra geral, indicaram: (1) o grupo “até 2 horas” de tempo de ecrã diário ao longo de toda a semana mostra resultados mais baixos no componente afetivoemocional da qualidade de vida relacionada com a saúde (M=27.49; DP=4.53), quando comparado com o grupo “4 ou mais horas” (M=28.19; DP=4.62); (2) no componente cognitivo da qualidade de vida relacionada com a saúde o grupo “até 2 horas” obteve resultados mais altos e estatisticamente significativos (M=11.11; DP=2.11), quando comparado com o grupo “4 ou mais horas” (M=10.82; DP=2.14).

Na amostra do género masculino as comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, indicaram que no componente afetivoemocional da qualidade de vida relacionada com a

saúde o grupo “até 2 horas” relatou níveis mais baixos ($M=28.12$; $DP=4.33$), quando comparado com o grupo “entre 2 e 3 horas” ($M=28.70$; $DP=3.87$) e o grupo “4 ou mais horas” ($M=28.89$; $DP=4.32$).

Na amostra do género feminino as comparações *post-hoc*, pelo método mais adequado, indicaram que o grupo com tempo de ecrã diário durante toda a semana “até 2 horas” manifestou índices mais elevados: (1) no componente cognitivo de qualidade de vida relacionada com a saúde ($M=11.18$; $DP=2.17$), quando comparado com o grupo “entre 3 e 4 horas” ($M=10.67$; $DP=2.02$) e com o grupo “4 e mais horas” ($M=10.71$; $DP=2.05$); (2) na satisfação com a vida ($M=7.43$; $DP=1.95$), quando comparado com o grupo “entre 2 e 3 horas” ($M=7.11$; $DP=1.95$), e com o grupo “4 ou mais horas” ($M=7.06$; $DP=2.23$).

A análise dos dados da relação entre o número de horas de tempo de ecrã e as médias das variáveis de bem-estar, na perspetiva da idade, leva a concluir que na faixa etária dos 11 anos não se observa associação entre o número de horas de tempo de ecrã e o bem-estar. Aos 13 anos, no tempo de ecrã durante os dias laborais da semana, registam-se diferenças para o componente cognitivo de qualidade de vida relacionado com a saúde [$F(3; 1398)=3.44$; $p=.016$], onde o grupo “entre 2 e 3 horas” relatou média mais alta ($M=11.45$; $DP=2.00$), quando comparado com o grupo “4 e mais horas” ($M=10.83$; $DP=2.52$).

Aos 15 anos constata-se diferenças entre os grupos de tempo de ecrã dos dias da semana laboral, de fim de semana e total para as variáveis de saúde / bem-estar qualidade de vida relacionada com a saúde e componente afetivoemocional de qualidade de vida relacionada com a saúde. Assim no tempo de ecrã dos dias de semana laboral, em QVRS [$F(3; 1496)=2.88$; $p=.035$], o grupo “entre 2 e 3 horas” relatou média mais baixa ($M=37.35$; $DP=5.51$), quando comparado com o grupo “4 e mais horas” ($M=38.85$; $DP=5.95$); em AE_QVRS [$F(3; 1507)=5.29$; $p=.001$], o grupo “4 e mais horas” relatou média mais alta ($M=28.11$; $DP=4.67$), quando comparado com o grupo “até 2 horas” ($M=26.67$; $DP=4.26$) e com o grupo “entre 2 e 3 horas” ($M=26.70$;

DP=4.50). No tempo de ecrã dos dias de fim de semana, em QVRS [F (3; 1482)=3.73; p=.011], o grupo “4 e mais horas” relatou nível mais elevado (M=38.64; DP=5.63), quando comparado com o grupo “até 2 horas” (M=37.50; DP=5.38) e com o grupo “entre 2 e 3 horas” (M=37.34; DP=5.36); em AE_QVRS [F (3; 1493)=6.96; p=.000], o grupo “4 e mais horas” relatou média mais elevada (M=27.93; DP=4.54), quando comparado com o grupo “até 2 horas” (M=26.62; DP=4.40), com o grupo “entre 2 e 3 horas” (M=26.51; DP=4.33) e com o grupo “entre 3 e 4 horas” (M=26.92; DP=4.20). No tempo de ecrã diário da semana completa, em QVRS [F (3; 1468)=3.55; p=.014], o grupo “4 ou mais horas” relatou nível mais elevado (M=38.79; DP=5.90), quando comparado com o grupo “até 2 horas” (M=37.39; DP=5.26) e com o grupo “entre 2 e 3 horas” (M=37.43; DP=5.40); em AE_QVRS [F (3; 1479)=7.31; p=.000], o grupo “até 2 horas” relatou média mais baixa (M=26.46; DP=4.32), quando comparado com o grupo “entre 3 e 4 horas” (M=27.38; DP=4.29), e com o grupo “4 ou mais horas” (M=28.05; DP=4.72); ainda no componente afetivo da qualidade de vida relacionada com a saúde também o grupo “entre 2 e 3 horas” relatou níveis mais baixos e estatisticamente significativos (M=26.66; DP=4.33), quando comparado com o grupo “4 ou mais horas”.

Na faixa etária dos 16 anos ou mais, no tempo de ecrã dos dias laborais da semana, registam-se diferenças para o componente afetivoemocional de qualidade de vida relacionado com a saúde [F (3; 694)=2.76; p=.041], onde o grupo “até 2 horas” relatou média mais baixa (M=25.81; DP=4.53), quando comparado com o grupo “entre 2 e 3 horas” (M=26.88; DP=4.16).

Foi efectuada uma análise de regressão múltipla pelo método *stepwise*, com o objetivo de avaliar a preditibilidade do tempo de ecrã nas variáveis de saúde / bem-estar dos adolescentes portugueses para o total da amostra e para os géneros. Foram introduzidas como possíveis variáveis independentes preditoras as variáveis de tempo de ecrã que, na análise de correlações, evidenciaram associações estatisticamente significativas com as variáveis de saúde.

Tabela 42 – Preditibilidade do screen time na saúde / bem-estar dos adolescentes portugueses para a amostra total e para os géneros (análise de regressão linear)

		Amostra Total				Género Masculino				Género Feminino			
VD	Vis	P	R ² Aj.	β	t	P	R ² Aj.	β	t	P	R ² Aj.	β	t
QVRS	ST	1	.001	.041	2.716**	1	.003	.061	2.820**				
% V. Explic			.1%				.3%						
AE_QVRS	STS	1	.004	.065	4.337***	1	.006	.079	3.678***				
% V. Explic			.4%				.6%						
CO_QVRS	STS	1	.003	-.119	-2.880**					1	.005	-.071	-3.425***
	ST	2	.002	.081	1.980*								
% V. Explic			.5%								.5%		
Sat. Vida	ST									1	.004	-.065	-3.129**
% V. Explic											.4%		

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

AE_QVRS = Componente Afetivoemocional de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

CO_QVRS = Componente Cognitivo de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Sat. Vida = Satisfação com a Vida

VD = Variável Dependente

P = Passos

Vis = Variáveis Independentes

R² Aj. = R² Ajustado

ST = Screen Time

STS = Screen Time durante os dias laborais da semana

Como se pode ver na tabela 5, os resultados obtidos mostram uma percentagem de variância explicada residual. As variáveis independentes tempo de ecrã não manifestam preditibilidade em todas as variáveis de saúde/bem-estar. O tempo de ecrã dos dias laborais da semana mostra maior preditibilidade nos componentes afetivoemocional e cognitivo da qualidade de vida relacionada com a saúde. O tempo de ecrã diário da semana completa mostra maior preditibilidade na qualidade de vida relacionada com a saúde e na satisfação com a vida. A variável independente “tempo de ecrã fim de semana” não mostrou preditibilidade para nenhuma das variáveis de saúde.

Discussão dos resultados

O Comité de Educação da Academia Americana de Pediatria (2010) recomenda que bebés e crianças com menos de dois anos não sejam expostas ao ecrã e que crianças e adolescentes, para garantirem um desenvolvimento saudável, não tenham tempo de ecrã superior à média de 2 horas por dia. Apesar da recomendação não especificar uma gradação do tempo ótimo segundo faixas etárias concretas, nem fazer uma distinção entre dias da semana laboral e os dias de fim de semana, estabelece uma referência do desejável. Os resultados deste estudo mostram que a média de horas diárias de ecrã dos adolescentes portugueses, durante a semana, ultrapassam em quase 50% a referência das 2 horas diárias, e durante o fim de semana cerca de 70% dos adolescentes portugueses passam mais de 2 horas diárias diante do ecrã, sendo que cerca de 20% diz passar 4 horas ou mais. Estes resultados estão em linha com a análise de Roberts e colaboradores (2006) que constata que os adolescentes tendem a ter mais tempo diante do ecrã do que em qualquer outra atividade, com exceção para o dormir.

Apesar de nos dias laborais não se observar diferenças quanto ao número de horas de televisão entre géneros, apesar do género feminino passar mais horas ao fim de semana diante da televisão, no conjunto dos três tipos de *media* em estudo (televisão, jogos de ecrã e uso do computador), é o género masculino que tem mais horas de tempo de ecrã tanto à semana quanto ao fim de semana, o que significa que passam mais horas de ecrã com jogos e a usar o computador. Já Roberts e colaboradores, em 2004, tinham encontrado resultados semelhantes, embora no género feminino tivessem abordado a música e não a televisão. Em todo o caso, parece que o assistir à televisão ou o ouvir música será uma ocupação do tempo mais passiva do que o jogar ou usar o computador. Isto é, o tempo de ecrã feminino parece ter contornos mais passivos do que o do género masculino. Como muito provavelmente diria Matos e colaboradores (2006; 2007), também no tempo de ecrã se observa uma postura mais internalizante do género feminino e uma postura mais externalizante e ativa por parte do género masculino.

O número de horas de ecrã aumenta progressivamente entre a faixa etária dos 11 anos e a dos 16 anos ou mais. Por um lado isto poderá querer dizer o extraordinário poder atrativo dos antigos e dos novos *media* (Strasburger et al., 2009); por outro lado, como

refere Trallero (2010), poderá dizer do crescente poder de influência do ecrã quanto à conceção do mundo, da vida e da realidade, apesar de com a idade ser suposto que aumenta o sentido crítico e diminui a receptividade; por outro lado, ainda, atendendo à literatura que sublinha de forma bem mais abundante as consequências negativas do tempo de ecrã quanto à saúde/bem-estar, pode dar-se o caso de se estar perante uma questão de saúde pública e de cidadania, uma vez que o aumento do tempo de ecrã pode ajudar a fermentar e potenciar comportamentos de risco de vários tipos: alimentação desregulada, violências, consumo de substâncias, obesidade, atividade sexual desprotegida e outros (Strasburger et al, 2010).

Quanto mais tempo de ecrã durante a semana laboral, melhores índices no componente afetivoemocional da saúde / bem-estar e piores índices no componente cognitivo da saúde/bem-estar. Como diz Roberts e colaboradores (2006) as ofertas de ecrã são extensas e variadas e até fomentam a satisfação e o bem-estar emocional. Nas propostas de ecrã parece haver algo que cativa, que vincula, que prende, que atrai de tal forma que, no tempo livre, os adolescentes aderem massivamente ao ecrã, não obstante todos os riscos referidos na literatura. Se o aumento do tempo de ecrã é simpático no componente afetivoemocional da saúde, no componente cognitivo do bem-estar torna-se nocivo, uma vez que quanto mais tempo de ecrã pior a perceção de saúde / bem-estar neste componente. Parece que o tempo de ecrã coloca o adolescente diante de um dilema: dá satisfação, é agradável, é emocionante, mas a avaliação do tempo assim gasto e das suas consequências não ajuda a ter mais saúde/bem-estar. A literatura documenta numerosos estudos onde se observam os efeitos negativos, ao nível cognitivo, do demasiado tempo de ecrã (Iannotti et al, 2009; Jordan et al, 2010; Rideout, 2010; Sharif & Sargent, 2006; Strasburger et al., 2009). Ao mesmo tempo, embora com menos estudos, a literatura deixa perceber que certas ofertas de ecrã mostram benefícios tanto nas cognições, como nos comportamentos, como na saúde / bem-estar (Anderson, 2002; Hogan & Strasburger, 2008; Linebarger & Walker, 2005). Deste modo parece que se levantam vários desafios aos investigadores. Apontam-se alguns: como tornar as ofertas de ecrã mais saudáveis, também no componente cognitivo? Qual o equilíbrio

desejável de tempo de ecrã para cada faixa etária? Que tipos de *media* são mais recomendáveis para os adolescentes? Como orientar os *media* para promover a saúde?

Ao fim de semana, à discussão apresentada no parágrafo anterior, junta-se a satisfação com a vida, sendo que quanto menos tempo de ecrã mais o adolescente se percebe com mais satisfação com a vida. Como apresentam os resultados, os adolescentes têm mais tempo de ecrã ao fim de semana do que durante a semana, também porque é neste período que dispõem de mais tempo livre. Parece, contudo, que os adolescentes sentir-se-iam mais satisfeitos com a vida com menos tempo de televisão durante este período mais abundante de tempo livre. Levantam-se, pois, questões de criatividade e de iniciativa para ocupar o tempo livre que não seja em torno do ecrã. Os pais, as associações juvenis e desportivas, as organizações de todos os tipos, as colectividades, as escolas, as autarquias, os animadores socioculturais têm aqui um enorme desafio para que o tempo livre dos adolescentes no fim de semana se torne mais saudável, fonte de maior satisfação.

Considerando os resultados deste estudo na perspetiva dos géneros, observa-se que, durante a semana, no género masculino, mais tempo de ecrã corresponde a mais componente afetivoemocional de saúde/bem estar. Sabendo que uma grande parte do tempo de ecrã do género masculino é ocupada nos jogos de ecrã e na utilização do computador, parece que estes meios, que requerem maior intervenção e postura proativa do adolescente, exercem um impacto positivo no componente afetivo do bem-estar. Ao fim de semana, no género masculino, o tempo de ecrã associa-se não ao componente afetivo emocional, mas ao componente cognitivo da saúde/bem-estar, parecendo indicar que o número de horas de ecrã diário se deveria situar entre as 2 e 4 horas. Com efeito, é neste intervalo de tempo diário que se observam os níveis mais elevados no componente cognitivo. Assim sendo, parece que os adolescentes masculinos, ao fim de semana, valorizam outro tipo de atividades de lazer e de ocupação dos tempos livres para se sentirem com mais saúde. A televisão, os jogos de ecrã e a utilização do computador podem ser uma solução de ocupação dos tempos livres, mas para além de determinado tempo passam a não ser benéficas para a saúde percebida pelos adolescentes.

No género feminino mais tempo de ecrã durante os dias laborais ou de escola, corresponde a menor perceção de saúde / bem-estar no componente cognitivo. Como já foi descrito, estes resultados estão alinhados com a literatura. Nas outras variáveis de saúde / bem-estar só se observam associações no tempo de ecrã ao fim de semana. E em todas essas variáveis, quanto mais tempo de ecrã, menores níveis de saúde percebidos pelas adolescentes. Os resultados dizem que as adolescentes dedicam mais tempo à televisão do que aos jogos de ecrã ou à utilização do computador. Considerou-se que o tempo diante da televisão seria mais passivo do que o tempo nos jogos de ecrã ou na utilização do computador. Talvez seja por esta razão que quanto mais tempo ecrã das adolescentes menos qualidade de vida relacionada com a saúde, menos componente afetiva, menos componente cognitiva e menos satisfação com a vida. O facto de a televisão corresponder a um tempo de ecrã mais passivo, pode significar que a sua influência se torna mais negativa para a saúde. Como referem Iannotti e colaboradores (2009) os adolescentes com mais tempo de ecrã ficam mais predispostos a baixa autoestima, pior perceção do estado de saúde, mais sintomas somáticos, mais consumo de substâncias, pior qualidade de vida e de relações familiares, menos investimento em interações sociais, na resolução de problemas, em atividade física e no desenvolvimento cognitivo. Estes resultados do fim de semana das adolescentes podem significar também um desencontro com as suas expectativas, no que concerne à ocupação dos seus tempos livres.

A análise dos resultados na perspectiva da idade mostra que é na faixa etária dos 15 anos que se observa uma associação mais evidente entre o tempo de ecrã e a perceção de saúde/bem-estar. Esta associação é sobretudo expressiva na qualidade de vida relacionada com a saúde e no componente afetivoemocional do bem-estar. E nestas variáveis, os resultados indicam que quanto mais tempo de ecrã mais elevados são os níveis de saúde percebidos pelos adolescentes. Parece, pois, que será em torno desta idade que os adolescentes estarão mais expostos às influências do tempo de ecrã, com repercussões na sua saúde/bem-estar. Claro que o tipo e intensidade das repercussões também depende das escolhas face ao leque de ofertas de ecrã à disposição (Robets et al, 2006; Sharif & Sargent, 2006; Strasburger et al., 2010). Na pegada de Anderson

(2002), os efeitos salubres do tempo de ecrã podem ser melhorados e os efeitos nocivos atenuados pela presença de um moderador adulto.

O baixo potencial preditor do tempo de ecrã em relação à saúde percebida pelos adolescentes foi mostrado pela análise de regressão múltipla. Em todo o caso observou-se uma preditibilidade positiva para a qualidade de vida relacionada com a saúde e para o seu componente afetivo na amostra geral e no género masculino e uma preditibilidade negativa para o componente cognitivo e para a satisfação com a vida na amostra geral e para o género feminino.

Considerações finais

O tempo dispendido com as novas tecnologias, nomeadamente a visualização de televisão, o uso do computador e o acesso à *internet*, tem vindo a aumentar nos últimos anos, especialmente na faixa etária adolescente, mais do que em qualquer outro grupo etário. Este estudo pretendeu assim avaliar a forma como os adolescentes portugueses percecionam o respetivo tempo de ecrã e analisar o seu impacto na saúde/bem-estar, tanto no componente cognitivo como no componente afetivoemocional.

O elevado dispêndio de tempo de ecrã tem sido frequentemente associado com comportamentos de risco na adolescência, nomeadamente ao nível do sedentarismo e obesidade (Martinez-Gómez et al, 2010), isolamento social (Bickham & Rich, 2006), baixo rendimento académico (Sharif & Sargent, 2006), entre outros comportamentos de risco (Carson et al, 2011).

Quando analisado o impacto do tempo de ecrã na saúde/bem-estar, verificam-se diferenças entre o componente afetivoemocional e o componente cognitivo. Os resultados sugerem que o componente afetivoemocional parece afetar positivamente num tempo de ecrã mais elevado, sobretudo no género masculino, durante os dias de escola; o componente cognitivo da saúde sugere essa mesma relação mas num tempo de ecrã mais baixo, sobretudo no género feminino.

O inevitável acesso dos jovens às novas tecnologias e a mudança ao nível do tempo que o adolescente passa envolvido em atividades frente ao ecrã pode acarretar novos desafios que devem ser equacionados: a) por um lado, o aumento de comportamentos de risco ao nível da violência associada ao uso do computador (Hamer et al., 2009); b) por outro lado, o isolamento social que pode implicar, sobretudo se os jovens manifestarem dificuldades de relacionamento social (Bickham & Rich, 2006); c) por outro lado, o desafio que representa à adaptação quer dos jovens quer dos adultos significativos que participam na sua educação (kantomaa et al., 2010); d) por outro lado, o abuso do computador com consequências físicas e psicológicas que se manifestam no bem-estar e saúde dos jovens (Carson et al., 2011); e) e, por fim, o impacto no desenvolvimento do cérebro adolescente deste tempo de ecrã (e dos novos *media*), tantas vezes conjugado com múltiplas tarefas (Small & Vorgan, 2008).

O presente estudo confronta-se com vários limites. Desde logo não é possível perceber a presença ou não de um adulto significativo durante o tempo de ecrã. Depois não se aferiu o tipo de programas ou ofertas de ecrã escolhidas pelos adolescentes. Também não foi possível concluir qual o tipo de ecrã com mais influência na saúde / bem-estar do adolescente, nem foi possível incluir, por exemplo, o tempo ou número de vezes de utilização do telemóvel. Finalmente seria interessante perceber o tipo de utilização que os adolescentes fazem dos novos *media*, uma vez que a literatura identifica vários comportamentos de risco nesta utilização criativa, também com repercussões ao nível do bem-estar. Deste modo, sobre esta temática, abre-se um vasto campo de investigação que requer ulteriores estudos para tornar sustentáveis novas abordagens educativas e outro tipo de apoios aos adolescentes de forma a favorecer o seu desenvolvimento saudável e feliz.

Este estudo pretende possibilitar a educadores e agentes de educação que perante estas situações emergentes, possam agir de uma forma mais eficaz e célere, conhecendo o impacto deste comportamento na saúde dos jovens e facilitando ainda a promoção da saúde, através de um aumento das suas competências pessoais nos jovens, face a estes novos meios e situações que daí advêm.

Referências Bibliográficas

- American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education. (2010). Media education. *Pediatrics*, 126 (5), 1012-1017. Consultado em 15 de setembro de 2011 na World Wide Web: <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/5/1012.full.pdf+html>.
- Anderson, C. (2002). The effects of media violence on society. *Science*, 295, 2377–2389.
- Bickham, D. S., Rich, M. (2006). Is television viewing associated with social isolation? Roles of exposure time, viewing context and violent content. *Archives Pediatric Adolescence Medicine*, 160, 387-392.
- Boone, J., Gordon-Larsen, P., Adair, L. & Popkin, B. (2007). Screen time and physical activity during adolescence: longitudinal effects on obesity in young adulthood. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4(26), 1-10. Consultado em 27 de setembro de 2011 na World Wide Web: <http://www.ijbnpa.org/content/4/1/26>.
- Borges, A., Matos, M. & Diniz, J. (2011). Processo adolescente e saúde positiva: Âmbitos afetivo e cognitivo. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 24(2), 1-11.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Carson, V. et al. (2011). Screen time and risk behaviors in 10 to 16-years-old Canadian youth. *Preventive Medicine*, 52, 99-103.
- Christakis, D. (2009). The effects of infant media usage: what do we know and what should we learn?. *Acta Paediatrica*, 98(1), 8-16.
- Currie, C., Saoirse, N., Godeau, E., Roberts, C. Smith, R., Currie, D., Picket, W., Richter, M., Morgan, A. & Barnekow, V. (2008). *Health Behaviour in School-aged Children 2006*.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, and WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.

- Diener, E, Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-424.
- Epstein, L., Roemmich, J., Paluch, R. & Raynor, H. (2005). Physical activity as a substitute for sedentary behavior in youth. *Annals of Behavioral Medicine*, 29 (3), 200-209.
- Firminger, K. B. (2006). Is he boyfriend material? Representation of males in teenage girl's magazines. *Men and Masculinities*, 8, 298-308.
- Hamer, M., Stamatakis, E. & Mishra, G. (2009). Psychological distress, television viewing, and physical activity in children aged 4 to 12 years. *Pediatrics*, 123, 1263-1268.
- Hogan, M. J. & Strasburger, V. C. (2008). Media and prosocial behavior in children and adolescents. In Nucci, L. & Narvaez, D., eds. *Handbook of Moral and Character Education*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 537-553.
- Iannotti, R., Kogan, M., Janssen, I. & Boyce, W. (2009). Patterns of Adolescent Physical Activity, Screen-Based Media Use and Positive and Negative Health Indicators in the U.S. and Canada. *Journal of Adolescent Health*, 44(5), 493-499.
- Jordan, A., Bleakley, A., Manganello, J., Hennessy, M., Stevens, R. & Fishbein, M. (2010). The role of television access in viewing time of U.S. adolescents. *Journal of Children and Media*, 4(4), 355-370.
- Kantomaa, M., Tammelin, T., Demakakos, P., Ebeling, H. & Taanila, A. (2010). Physical activity, emotional and behavioural problems, maternal education and self-reported educational performance of adolescents. *Health Education Research*, 25, 368-379.
- Linebarger, D. H. & Walker, D. (2005). Infants' and toddlers' television viewing and language outcomes. *American Behavioral Scientist*, 48(5): 624-645.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La Ciencia de la Felicidad*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Matos, M. G. & Batista-Foguet, J. M. (2007). Satisfação com a vida, escola, risco e proteção ao longo da adolescência. In Santos, P. S. (Eds.). *Temas Candentes em Psicologia do Desenvolvimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. & Equipa do Projeto Aventura Social (2007). *A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em oito anos*. Lisboa, CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística. Com Utilização do SPSS*. 3ª edição. Sílabo: Lisboa.
- Martínez-Gómez, D., Eisenmann, J., Gómez-Martínez, S., Veses, A., Marcos, A. & Veiga, O. (2010). Sedentary behavior, adiposity and cardiovascular risk factors in adolescents. The AFINOS study. *Revista Española de Cardiología*, 63, 277-285.
- Rajmil, L., Alonso, J., Berra, S., Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Simeoni, M-C., Auquier, P. & The Kidscreen Group. (2006). Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *Journal of Adolescent Health*, 38, 511-518.
- Rideout, V. (2010). *Generation M2: Media in the Lives of 8 to 18-Year-Olds*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
- Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R., & Maes, L. (2007). Measuring the health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal Public Health*, 15, 179-186.
- Roberts, D., Foehr, U. & Rideout, V. (2006). *Generation M: media in the lives of 8–18 year olds*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
- Roberts, D. F., Henriksen, L. & Foehr, U. G. (2004). Adolescent and media. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, Nueva Jersey: Wiley, pp. 85-125.
- Rodríguez, A. (2009). Bienestar psicológico y autoconcepto físico. In *El Autoconcepto Físico: Psicología Y Educación*. Alfredo Goñi Granmontagne (Coord). Ediciones Pirámide: Madrid, pp. 193- 205.
- Sharif, I. & Sargent, J. (2006). Association between television, movie, and video game exposure and school performance. *Pediatrics*, 118, 1061-1070.
- Small, G. & Vorgan, G. (2008). *iBrain: Surviving the Technology Alteration of the Modern Mind*. New York, NY: Harper Collins.

- Strasburger, V. C., Jordan, A. B. & Donnerstein, E. (2010). Health Effects of Media on Children and Adolescents. *Pediatrics*, 125 (4), 756-767. Consultado em 5 de setembro de 2011 na World Wide Web: <http://pediatrics.aappublications.org/content/125/4/756.full.html>.
- Strasburger, V. C, Wilson, B. J. & Jordan, A. B. (2009). *Children, Adolescents, and the Media*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Trallero, J. (2010). *El Adolescente en su Mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Zimmerman, F. J. (2008). *Children's Media Use and Sleep Problems: Issues and Unanswered Questions*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation. Consultado em 27 de setembro de 2011 na World Wide Web: www.kff.org/entmedia/upload/7674.pdf. Accessed 5 December 2009.

Estudo 9 – Body image and subjective well-being in Portuguese adolescents⁹

Abstract

Body image takes significant relief in the well-being of adolescents, shaping subsequent behavior, which may be more or less healthy. The study examines how adolescents assess their body image and the impact of those perceptions in their well-being, at both the emotional and cognitive levels. Well-being was assessed with the scale Kidscreen10 for quality of life related to health, with the Cantril ladder for satisfaction with life and with a happiness scale. The study presents data on adolescent health from the World Health Organization (WHO) collaborative cross-national Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study in Portugal (2006), with a sample of 4,877 adolescents, with an average age of 14 years old and gender distribution at 49,6 per cent males and 50,4 per cent females. After the descriptive analysis, a comparison of averages between groups and the linear regression was undertaken. Portuguese adolescents show differences between gender and age group regarding their body image-related satisfaction/dissatisfaction and self-perceived body image, being that both components have a direct impact on the levels of well-being. Male gender has better results in the perception of body image and consequently the well-being. At puberty, in females 11 years and 13 years in males, there is greater body dissatisfaction. The largest inter-gender differences occur at 15. Look and body satisfaction/dissatisfaction are the main predictors of well-being. This research may be useful in understanding the importance of body image for adolescents' well-being, as well as, to prepare educational strategies adapted to adolescents' age and gender, by helping them to develop skills concerning self-knowledge and caring for their look, with the aim to consolidate their identity and improve their self-esteem.

⁹ Borges, A., Matos, M. & Diniz, J. (2012). Body Image and Subjective Well-Being in Portuguese Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, Volume 16, Ref. 1105/10

Keywords: adolescence; look; self-perceived body; body dissatisfaction; subjective well-being

Introduction

Body image has always been an important feature of societies. Recently it has reached unprecedented proportions: body image is seen as a sign of achievement, success, friendship, opportunities, pleasure, well-being and affections (Esnaola & Rodríguez, 2009; Toro, 2004).

The obsession in attempting to reach body beauty stereotypes affects negatively an important segment of society, namely the younger one, towards harmful practices, which may endanger health, understood as physical, psychological and social well-being. Physical activity ceases to be a hobby or a means to achieve a better physical status, by becoming a pathologic behaviour; eating habits cease to be balanced, to become inadequate and, often, uncontrolled; and pharmacological, medical and surgery treatments constitute an easy resource to change body image rapidly and easily, searching the type of ideal body pursued: (Esnaola & Rodríguez, 2009; ISAPS, 2010; Sahuquillo, 2008; Trallero, 2010). In addition to all this, the clinical risk of depressive disorders resulting from a negative body image (Gervilla, 2002).

Raw material of body image is the real body, which comprises: 1) the perception of the body volume and dimensions as a whole or in segments, with the possibility of distortions in the perception due to overestimation (perception of his/her dimensions as larger than the real one) or underestimation (perception of his/her dimensions as lower than the real one); 2) the subjectivity of body satisfaction, related to the assessment of the individual of his/her own body or physical look, which usually includes the aesthetic parameters of the society where they are integrated – these may determine preoccupations, feelings, emotions and attitudes; and 3) the behaviours developed by the individual, as a consequence of the assessment of his/her body, such as showing off or enhancing certain parts of the body or trying to hide them (Baile, 2003; De la Serna, 2004; Fisher, 1990; Slade, 1994).

Adolescents also worry about their look, which makes them spend time, energy and money (or their parents') in trying to achieve the look that is as close as possible to the ideal type, often corresponding to the one in the peer group. The concern about one's look and, often the cult that is paid to the look, is also related to clothes, overdressing or under dressing, to hairstyle, makeup, tattoos and piercings, to ways of gesticulating and walking, amongst other aspects (Forbes & Frederick, 2008; Fuentetaja & Masó, 2007; Trallero, 2010).

Cultural elements determine the stereotypes of body image and constitute the background of the assessment criteria, which feed the feedback by others and, together, the perception of the adolescent him/herself. The feedback of the social contexts (family, school, peer group or neighbourhood), often embodied in jokes and sarcasm, it is important, but it is always the adolescent him/herself who interprets, which means that the adolescent may be influenced by what s/he believes to a greater extent, than by reality itself. Their belief may be adjusted to reality or be distorted, or biased, defined as body image distortion (Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2003; Richardson, Garrison, Drangsholt, Lloyd & Linda, 2006; Van den Berg, Wertheim, Thompson & Paxton, 2002).

Literature identifies other determinants for adolescents' body image perception and well-being, besides cultural stereotypes, i.e. the relation with the media (Esnaola & Rodríguez, 2009; Tata, Fox & Cooper, 2001), the perception of physical self-efficacy (motor capacities applied in physical activity and sports), personality and mood (King, 2002; Trallero, 2010), self-esteem, competencies and expectations (Fuentetaja & Masó, 2007; Rodríguez & Goñi, 2009; Toro, 2004), stress symptoms related to family conflicts, changing schools, personal losses and other events in life, which may have an unexpected negative impact (Trallero, 2010).

For adolescents, body and look are also a representation of their own *self* and it is possible to observe differences between individuals in relation to gender and age. For example, the relation between look, well-being and self-perception do not evolve

uniformly: at 12 years old there is no relation, but at 13 years old that relation is already significant (Fuentetaja & Masó, 2007; King, 2002). Other authors suggest, on one hand, a tendency by females towards internalisation of behaviours and males towards externalisation of behaviours, meaning that the similar well-being levels found in the beginning of adolescence diverge with age increase, being that males show a higher level of well-being. On the other hand, studies demonstrate higher levels of well-being and relation with body image in younger adolescents, than older ones (Arita, Romano, Garcia & Félix, 2005; Bisegger, Cloetta, von Rüden, Abel, Ravens-Sieberer & The KIDSCREEN Group, 2005; Matos, Simões, Tomé, Gaspar, Camacho, Diniz, & Equipa do Projeto Aventura Social, 2007). The assessment of body image by males is distinct from that of females'. They usually improve their body image, self-esteem, psychological fortitude, well-being and are more satisfied as they put on weight and body mass index (Bergeron & Tylka, 2007; Smolak & Stein, 2006). The interest in losing weight is practically limited to those who are overweight (Toro, Gilla, Castro, Pombo & Guete, 2005, Trallero, 2010).

Subjective well-being does not mean the absence of negative sensations, but an individual construction that includes processing positive information and perceptions, as an outcome of experiences and the overall assessment of every aspect of one's life (Rodríguez, 2009). Subjective well-being is comprised of two basic components (Diener, Oishi & Lucas, 2003; Lyubomirsky, 2008): it is firstly based on emotional aspects (related to the mood of the individual), which include positive and negative affections; and secondly, it is based on the cognitive aspects (self-perceived life satisfaction). Subjective well-being, in accordance to this model, is the result of putting together these two components, which are different and relatively independent, but entertained in such a way as to show a single standard of associations with different variables (Diener et al., 2003; Lyubomirsky, 2008).

Life satisfaction is a cognitive component, built through the way one perceives life, with both its positive and negative aspects. Happiness is an affective-related component, as a result of positive emotions (joy, pleasure, euphoria) and negative (fear, stress, sadness).

The positive balance results when positive experiences override negative ones (Diener et al., 2003; Lyubomirsky, 2008; Rodríguez, 2009).

The overall aim of this study is to assess how Portuguese adolescents perceive their own body image, as well as, the impact of that perception in their subjective well-being, both at cognitive and emotional levels. The specific aims of the study are to understand: a) self-perceived body image and its relation with adolescents' well-being; 2) self-perceived look and its relation with adolescents' well-being; and 3) satisfaction/dissatisfaction with body and its relation with adolescents' well-being. In the specific objectives it was considered the age and gender, and also that self-image factors are predictors of adolescent well-being.

It is important to understand how adolescents react and adapt to significant changes regarding their body image, in order to help educators and health professionals to identify strategies, which may enhance adolescents' assets and mitigate future risk behaviours. The study may also be useful to adolescents themselves, as it may help them to get to know, to accept and understand themselves better.

The literature review suggests an impact of self-perceived body image in adolescents' self-perceived well-being, in relation to body perception, look perception, as well as, satisfaction/dissatisfaction with the body. Expected outcomes include the fact that adolescents who are satisfied with their own body and perceive better their body and look, show higher levels of well-being. It is also expected that there will be differences between gender and age groups in relation to self-perceived body image and its relation with well-being.

Methodology

Participants

4,877 adolescents, resident in continental Portugal and enrolled in public schools participated in the study. 49,6 per cent were boys and 50,4 per cent were girls. This data collection is part of the World Health Organization (WHO) collaborative cross-national Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Portuguese study 2006 (Currie *et al.*, 2008; Matos *et al.*, 2007). The study aims to gain new insight into, and increase our understanding of young people's health and well-being, health behaviours and their social context. This data collection allows for national and international comparison, as over 44 countries are now collecting data (Roberts, Currie, Samdal, Currie, Smith & Maes, 2007).

The study captures 3,7 per cent of the total student population attending school, from age 11, in Portugal (31,7 per cent attend 6th Grade, 35,7 per cent attend 8th Grade and 32,6 per cent attend 10th grade), corresponding to 21,3 per cent students aged 11, 30,2 per cent aged 13, 33,1 per cent aged 15 and 15,3 per cent aged 16 or more. The average age is 14 years old and the standard deviation is 1,89. Most adolescents are Portuguese (94,1 per cent), as well as their parents (92,4 per cent of fathers and 92 per cent of mothers).

After the descriptive analysis of the self-perceived look data, it was decided that the 2,6 per cent sample of adolescents who do not think about their look, would not be taken into account for the statistical analysis purpose.

Measures

The HBSC 2006 questionnaire was used to collect the data, according to its protocol (Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2001). However, the present study will only take into account some sets of questions, namely those related to self-perceived body image, i.e. wish to change the body (satisfaction/dissatisfaction with the body) and self-perceived body and look. In addition to these, other well-being related questions were taken into account, such as life quality related to health (*Kidscreen 10*), life satisfaction (Cantril, 1965) and happiness.

Within the measures related to self-body image, satisfaction/dissatisfaction with the body was expressed through a dichotomy item. Body self-perception is expressed by a *Likert* scale of five points between *very thin* and *very fat*. Look self-perception is expressed by a *Likert* scale of six points: *you have very good looks, you have a good look, you have a normal look, you don't have a good look, you have a bad look* and *you don't think about your look*. The adolescent is invited to reply what s/he thinks about his/her looks or if s/he does not think about it at all.

Within measures related to well-being, life quality in relation to health (QVRS) was measured by *Kidscreen 10*: its authors propose this scale to assess a one-dimensional global health feature (Rajmil, Alonso, Berra, Ravens-Sieberer, Gosch, Simeoni, Auquier, & The Kidscreen Group, 2006), but as argued by Borges, Matos and Diniz (2011), the scale enabled to identify two factors, namely an emotional-related component and a cognitive component. The ten questions of the scale place the adolescent in the previous week, so that s/he answers a *Likert* scale of five points between *nothing* and *totally* (Rajmil *et al.*, 2006). Life satisfaction was measured by the Cantril scale (1965), represented graphically by a ladder, where step *ten* corresponds to *the best life possible* and step *zero* represents *the worse life possible*. Adolescents were asked to select the degree that best described what they felt at that moment in time. Happiness is measured by a *Likert* scale of four points, between *I feel unhappy* and *I feel happy*. Adolescents were asked to select the degree of happiness, which they felt in relation to life at that moment in time.

Procedure

This study is descriptive, in correlation and transversal, with a representative sample of the student population in grades six, eight and ten, in public schools in Continental Portugal.

The study followed all the rules for research with human subjects, in this particular case, with smaller, approved by an ethics committee (Hospital de São João – Porto), the

Ministry of Education, the Regional Directorates of Education, the participating schools and by informed parental consent, required by the committee of parents from each school.

The analysis unit was the class. Firstly schools and, secondly, classes were randomly selected until a representative sample of the student population was obtained, with 3,7 per cent of the total student population. After the authorisation of the Ministry of Education and the Regional Directorates for Education, the respective schools were contacted and the questionnaires were sent to each one of them (Matos *et al.*, 2007). According to the protocol, teachers administered the questionnaires in the classroom during the month of January 2006. Student participation was on a voluntary basis.

The completed questionnaires were scanned, translated and interpreted through the programme *Eyes & Hands-Forms*, version 5. After this, quantitative data were inserted in a database of the programme *Statistical Package for Social Sciences*, version 18.0 for Windows, in order to proceed with the statistical analysis.

Participants were organised in four age groups: the 11 years old age group, corresponding to students of the sixth grade (21,3 per cent of the sample); The 13 years old age group, corresponding to students of the eighth grade (30,2 per cent of the sample); The 15 years old age group, corresponding to students of the tenth grade (33,1 per cent of the sample); The 16 years old or more age group, corresponding to students who had failed a year or had been enrolled in the school system later than usual (15,3 per cent of the sample).

After the descriptive analysis of the self-perceived body data, taking into account that adolescents perceiving themselves as too thin or too fat was very low (2 per cent and 2,7 per cent, respectively), it was considered important to convert this aspect of body image into three groups: 1) ideal; 2) a little or too thin; and 3) a little or too fat. Three groups were established in relation to self-perceived look, namely 1) good or very good look; 2) normal look; and 3) not good or bad look.

Analysis

The items related to self-perceived body image were considered independent variables, whilst the items related to well-being were considered dependent variables. In addition to the descriptive analysis, the mean was compared (*t for student and Anova*), with the aim to analyse significant differences of the dependent variables. The logistic regression wanted to verify the relevance of the variables of self-perceived body image, in an explicative model of adolescent well-being. In the *post-hoc* comparisons, the *Tukey* model was adopted for homogeneous and the *Games-Howell* method for heterogeneous (Moroco, 2007).

Results

The results show that approximately 43 per cent of Portuguese adolescents self-perceive themselves as having a good or very good look; whilst 49.4 per cent self-perceive themselves as having a normal look; and 6.7 per cent self-perceive themselves as having a bad or not good look. In relation to self-perceived body, 50.9 per cent of adolescents consider that they have an ideal body; 16.3 per cent declare themselves a little or too thin; and 32.8 per cent as a little or too fat. In relation to body satisfaction, 55.1 per cent declare to be satisfied about their body and 44.9 per cent declared that they would like to change something about their body.

When comparing gender differences in relation to body image, it is possible to identify statistically significant differences for all items of self-perceived body image, namely: (1) In the desire to change something about the body [$\chi^2 (1) = 256.07$; $p = .000$], 45 per cent boys and 64.9 per cent girls declare that they would like to change something; (2) In relation to self-perceived body [$\chi^2 (4) = 135.18$; $p = .000$], 56 per cent boys and 46 per cent girls declare to have the ideal body, 18 per cent boys and 14.6 per cent girls see themselves as a little or too thin and 26.1 per cent of boys and 39.5 per cent girls perceive their own body as a little or too fat; (3) In relation to look [$\chi^2 (5) = 34.84$; $p = .000$], 44.2 per cent boys and 38.84 per cent of girls think they have a good or very good

look; 47.4 per cent boys and 51.4 per cent girls think they have a normal look; and 5.6 per cent boys and 7.8 per cent girls think they do not have a good look or have a bad one.

When comparing gender differences in relation to age it is possible to see that, with the exception of the 11 years old age group – where there are no significant differences between genders – the numbers, whilst different, show similar characteristics as in the description of the overall sample, being that χ^2 increases up to the 15 years old age group and decreases in the 16 years old or more age group. (1) In the desire to change something about their body, the 13 years old age group [$\chi^2 (1) = 45.88$; $p = .000$], the 15 years old age group [$\chi^2 (1) = 171.85$; $p = .000$] and the 16 years old or more age group [$\chi^2 (1) = 53.27$; $p = .000$]; (2) In relation to self-perceived body, the 13 years old age group [$\chi^2 (4) = 28.31$; $p = .000$], the 15 years old age group [$\chi^2 (4) = 75.26$; $p = .000$] and the 16 years old or more age group [$\chi^2 (4) = 47.36$; $p = .000$]; (3) In self-perceived look, the 13 years old age group [$\chi^2 (5) = 17.30$; $p = .004$], the 15 years old age group [$\chi^2 (5) = 19.68$; $p = .001$] and the 16 years old or more age group [$\chi^2 (5) = 18.87$; $p = .002$].

The dichotomous independent variable *is there anything in your body you would like to change*, shows statistically significant differences in relation to all the dependent variables of well-being. In this sense, the group of adolescents that is satisfied in relation to their body, that is, who would not change anything about it, show higher levels of well-being. The analysis by gender and age, in relation to this very same item, show statistically significant differences in all perceived well-being, with the same tendency as the ones registered for the overall sample (*see table below*).

Tabela 43 – Differences between body satisfaction/dissatisfaction in relation to the median variables of well-being

Body satisfaction		Body dissatisfaction		t
N	M (DP)	N	M (DP)	

QVRS (<i>Kids 10</i>)	Total	2125	40.48 (4.88)	2612	37.42 (5.60)	19.57***
	Boys	1280	40.76 (4.72)	1048	38.29 (5.30)	11.40***
	Girls	845	40.06 (5.09)	1564	36.84 (5.30)	13.79***
AE_QVRS	Total	2125	29.12 (3.90)	2612	26.59 (4.45)	20.35***
	Boys	1280	29.46 (3.75)	1048	27.42 (4.19)	11.98***
	Girls	845	28.59 (4.06)	1564	26.05 (4.53)	13.78***
Happiness	Total	2125	3.24 (.65)	2612	2.92 (.71)	15.90***
	Boys	1280	3.26 (.65)	1048	2.98 (.71)	9.46***
	Girls	845	3.22 (.65)	1564	2.88 (.70)	11.33***
CO_QVRS	Total	2125	11.29 (2.06)	2612	10.82 (2.04)	7.92***
	Boys	1280	11.21 (2.00)	1048	10.86 (2.02)	4.15***
	Girls	845	11.42 (2.15)	1564	10.79 (2.04)	6.96***
Life Sat.	Total	2125	7.65 (1.80)	2612	7.03 (1.94)	11.26***
	Boys	1280	7.57 (1.79)	1048	7.12 (1.86)	5.80***
	Girls	845	7.77 (1.82)	1564	6.97 (1.98)	9.95***

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Life quality related to health

AE_QVRS = Self-esteem related to life quality in relation to health

CO_QVRS = Cognitive component of life quality in relation to health

Life Sat. = Life satisfaction

Statistically significant differences were obtained between the groups of self-perceived body, for all variables of well-being. The comparisons show that the group of self-perceived body as *ideal* registered the higher levels in all well-being variables when compared to the group of self-perceived body as *a little or too thin* and the group of self-perceived body as *a little or too fat*. The group *a little or too thin* showed higher levels, which are statistically significant, for life quality in relation to health and self-esteem related to life quality in relation to health, when compared to the group of self-perceived body as *a little or too fat*.

Tabela 44 – Differences between self-perceived body in relation to the medians of the well-being variables

Ideal	A little or too thin	A little or too fat	F
M (DP)	M (DP)	M (DP)	

QVRS	Total Sample	40.13 (5.13)	37.94 (5.42)	37.17 (5.63)	145.93***
	Boys	40.66 (4.86)	38.32 (5.23)	38.50 (5.34)	51.57***
	Girls	39.51 (5.36)	37.50 (5.60)	36.33 (5.64)	80.73***
AE_QVRS	Total Sample	28.84 (4.05)	27.11 (4.27)	26.33 (4.53)	163.72***
	Boys	29.43 (3.83)	27.52 (4.04)	27.46 (4.27)	63.42***
	Girls	28.15 (4.19)	26.64 (4.48)	25.62 (4.54)	81.13***
Happiness	Total Sample	3.19 (.67)	2.93 (.69)	2.95 (.71)	68.90***
	Boys	3.22 (.68)	2.99 (.68)	3.04 (.70)	24.06***
	Girls	3.15 (.65)	2.86 (.69)	2.90 (.72)	39.90***
CO_QVRS	Total Sample	11.28 (2.03)	10.82 (2.01)	10.84 (2.04)	26.67***
	Boys	11.22 (1.96)	10.80 (2.04)	11.04 (1.97)	6.97***
	Girls	11.35 (2.10)	10.86 (1.98)	10.71 (2.07)	24.14***
Life Sat.	Total Sample	7.60 (1.78)	7.05 (1.95)	7.03 (1.96)	50.21***
	Boys	7.58 (1.76)	7.09 (1.88)	7.21 (1.86)	14.75***
	Girls	7.63 (1.80)	7.02 (2.03)	6.92 (2.01)	35.89***

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Life quality related to health

AE_QVRS = Self-esteem related to life quality in relation to health

CO_QVRS = Cognitive component of life quality in relation to health

Life Sat. = Life satisfaction

The self-perceived body groups were also compared in relation to gender and age group, as well as the well-being medians. The comparisons show that the group of self-perceived body as *ideal* registered higher averages, with statistically significant differences, in all well-being variables, when compared to the other two groups, for both gender and age group. Between the groups of self-perceived body as *a little or too thin* and *a little or too fat*, boys did not show any statistically significant differences in any well-being variables. Girls in the group of self-perceived body as *a little or too thin*, registered higher levels and statistically significant results; whilst compared to the group of self-perceived body as *a little or too fat*, for life quality in relation to health and self-esteem related to life quality in relation to health. The data analysis by age groups did

not show significant differences between the groups *a little or too thin* and *a little or too fat*, except in the 15 years old age group, relatively to life quality in relation to health [F (2; 1476)=51.92; p=.000] and self-esteem related to life quality in relation to health [F (2; 1476)=58.27; p=.000], where the group *a little or too thin* reported higher levels and statistically significant results when compared to the group *a little or too fat*, namely in life quality in relation to health (M=37.66; DP=5.26) to (M=35.97; DP=5.46); and in self-esteem related to life quality in relation to health (M=26.87; DP=4.27) to (M=25.41; DP=4.43).

Statistically significant differences between the groups of self-perceived look for all variables of well-being were registered. The group of self-perceived look as *good or very good* reported higher levels in all variables of well-being when compared to the group of self-perceived look as *normal* and the group of self-perceived look as *not good or bad*. The group of self-perceived look as *normal* also reported statistically significant differences for all variables of well-being, when compared to the group of self-perceived look as *not good or bad*.

Tabela 45 – Differences between self-perceived look in relation to the medians of the well-being variables

		Good or very good	Normal	Not good or bad	F
		M (DP)	M (DP)	M (DP)	
QVRS	Total Sample	40.46 (5.11)	38.13 (5.19)	34.34 (5.99)	147.06***
	Boys	39.67 (5.52)	38.91 (5.03)	35.58 (6.26)	69.57***
	Girls	41.18 (4.18)	37.45 (5.24)	33.49 (5.65)	72.31***
AE_QVRS	Total Sample	29.07 (4.03)	27.20 (4.13)	24.13 (4.93)	149.11***
	Boys	28.33 (4.29)	28.00 (3.92)	25.23 (5.09)	68.10***
	Girls	29.74 (3.66)	26.50 (4.19)	23.37 (4.68)	74.74***
Happiness	Total Sample	3.25 (.67)	2.99 (.64)	2.58 (.82)	105.71***
	Boys	3.19 (.66)	3.05 (.63)	2.70 (.84)	46.70***
	Girls	3.30 (.68)	2.95 (.65)	2.49 (.79)	57.77***
CO_QVRS	Total Sample	11.39 (2.04)	10.93 (1.95)	10.20 (2.19)	39.27***
	Boys	11.34 (2.14)	10.91 (1.93)	10.34 (2.31)	21.01***
	Girls	11.44 (1.94)	10.95 (1.97)	10.11 (2.10)	18.98***

	Total Sample	7.80 (1.79)	7.12 (1.78)	6.23 (2.19)	87.52***
Life Sat.	Boys	7.73 (1.88)	7.12 (1.75)	6.36 (2.06)	45.19***
	Girls	7.86 (1.71)	7.11 (1.80)	6.14 (2.28)	41.81***

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

QVRS = Life quality related to health

AE_QVRS = Self-esteem related to life quality in relation to health

CO_QVRS = Cognitive component of life quality in relation to health

Life Sat. = Life satisfaction

As it is equally possible to observe in Table 3, when the self-perceived look groups are compared by gender, there are statistically significant differences for the three groups. The group of self-perceived look as *good or very good* reports higher levels of well-being than the group of self-perceived look as *normal* and the group of self-perceived look as *not good or bad*. Finally, the group of self-perceived look as *normal* shows higher levels of well-being and statistically significant results, than the *not good or bad* group.

The data analysis of the relation between self-perceived look and the medians of the variables of well-being concerning age, demonstrate that in all age groups (11, 13, 15 and 16 years old or more) there are statistically significant differences, being that the group of self-perceived look as *good or very good* reports the higher levels of well-being.

Tabela 46 – Differences between self-perceived look in relation to the medians of the well-being variables, by age group

		Good or very good	Normal	Not good or bad	F
		M (DP)	M (DP)	M (DP)	
QVRS	11 years old	42.29 (4.61)	40.12 (5.10)	37.66 (5.17)	24.08***
	13 years old	41.10 (5.08)	38.92 (5.17)	35.50 (5.76)	38.22***
	15 years old	39.24 (4.99)	37.40 (4.97)	32.95 (5.69)	54.46***
	16 years old or more	38.44 (4.89)	36.13 (4.79)	32.25 (6.30)	23.48***
AE_QVRS	11 years old	30.24 (3.57)	28.64 (3.90)	26.75 (4.16)	21.93***
	13 years old	29.50 (3.99)	27.75 (4.14)	25.22 (4.53)	36.06***
	15 years old	28.22 (4.04)	26.65 (4.01)	22.92 (4.90)	58.05***

	16 years old or more	27.85 (4.16)	25.81 (4.00)	22.46 (4.99)	25.61***
Happiness	11 years old	3.45 (.59)	3.14 (.65)	2.90 (.80)	23.44***
	13 years old	3.30 (.70)	3.04 (.65)	2.70 (.86)	26.42***
	15 years old	3.11 (.65)	2.93 (.60)	2.44 (.76)	37.32***
	16 years old or more	3.07 (.67)	2.89 (.65)	2.36 (.77)	15.83***
CO_QVRS	11 years old	12.05 (2.09)	11.48 (2.14)	10.91 (1.88)	9.05***
	13 years old	11.60 (2.01)	11.17 (1.90)	10.27 (2.31)	13.80***
	15 years old	11.02 (1.94)	10.74 (1.86)	10.02 (2.25)	9.44***
	16 years old or more	10.58 (1.73)	10.31 (1.80)	9.79 (1.92)	3.06*
Life Sat.	11 years old	8.28 (1.68)	7.57 (1.92)	7.17 (2.15)	15.54***
	13 years old	8.00 (1.78)	7.36 (1.80)	6.56 (2.10)	22.46***
	15 years old	7.52 (1.75)	6.92 (1.60)	5.78 (2.24)	37.55***
	16 years old or more	7.11 (1.77)	6.61 (1.79)	5.77 (1.79)	8.21***

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

QVRS = Life quality related to health

AE_QVRS = Self-esteem related to life quality in relation to health

CO_QVRS = Cognitive component of life quality in relation to health

Life Sat. = Life satisfaction

Nevertheless, there are differences between age groups: (1) In the 11 years old age group there are statistically significant differences between the three groups of self-perceived look for life quality in relation to health, self-esteem related to life quality in relation to health and happiness; but there are no statistically significant differences between the groups of self-perceived look as *normal* and *not good*, in the variables of the cognitive component of life quality in relation to health and life satisfaction; (2) In the 13 years old age group, there are statistically significant differences between the three groups of self-perceived look, for all variables of well-being except for the cognitive component of life quality in relation to health, where there are no differences between the self-perceived groups of *good or very good* and *normal*; (3) In the 15 years old age group, there are statistically significant differences between the three groups of self-perceived look, for all variables of well-being except for the cognitive component of life quality in relation to health, where there are no differences between the self-perceived groups of *good or very good* and *normal*; (4) In the 16 years old or more age group, there are statistically significant differences between the three groups of self-

perceived look, for all variables of well-being except for the cognitive component of life quality in relation to health, where there are no differences.

The analysis of the linear regression showed that the factors for self-perceived body image with the higher relevance for a possible model of subjective well-being for adolescents are self-perceived look, followed by the desire to change something about their body. These factors of self-perceived body image have a greater impact in the emotional component of adolescents' well-being.

Tabela 47 – Predictors of well-being, by total sample and gender

VD	P	VI		R ² Aj.	β	t
QVRS (Kidscreen 10)	1	Look perception	Total Sample	.079	-0,232	-16.082***
			Boys	.073	-.234	-11.248***
			Girls	.080	-.230	-11.432***
	2	Body dissatisfaction	Total Sample	.050	-.220	-15.126***
			Boys	.036	-.193	-9.275***
			Girls	.046	-.206	-10.117***
	3	Body perception	Total Sample	.001	-.039	-2,710*
			Boys			
			Girls	.005	-.074	-3.666***
% V. Explic			Total Sample	13.0%		
			Boys	10.9%		
			Girls	13.1%		
AE_QVRS	1	Body dissatisfaction	Total Sample	.081	-.228	-15.799***
			Boys	.040	-.224	-10.833***
			Girls	.045	-.232	-11.580***
	2	Look perception	Total Sample	.050	-.226	-15.811***
			Boys	.069	-.205	-9.936***
			Girls	.081	-.203	-10.044***
	3	Body perception		.003	-.50	-3.472**
			Boys			
			Girls	.006	-.079	-3.935***
% V. Explic			Total Sample	13.4%		
			Boys	10.9%		
			Girls	13.2%		
Happiness	1	Look perception	Total Sample	.066	-.220	-15.370***
			Boys	.055	-.206	-9.976***
			Girls	.072	-.233	-11.706***
	2	Body dissatisfaction	Total Sample	.031	-.181	-12.674***
			Boys	.025	-.160	-7.768***
			Girls	.031	-.179	-8.994***

% V. Explic			Total Sample	9.7%		
			Boys	8.0%		
			Girls	10.3%		
CO_QVRS (Kidscreen 10)	1	Look perception	Total Sample	.023	-.134	-8.986***
			Boys	.024	-.146	-6.871***
			Girls	.022	-.125	-6.016***
	2	Body dissatisfaction	Total Sample	.007	-.090	-6.034***
			Boys	.003	-.071	-3.301***
			Girls	.012	-.116	-5.620***
	3	Body perception	Total Sample	-		
			Boys	.003	.057	2.701**
			Girls	-		
% V. Explic			Total Sample	3.0%		
			Total Sample	3.0%		
			Girls	3.4%		
Life Sat.	1	Look perception	Total Sample	.056	-.214	-14.703***
			Boys	.051	-.214	-10.257***
			Girls	.060	-.215	-10.662***
	2	Body dissatisfaction	Total Sample	.013	-.117	-8.050***
			Boys	.006	-.086	-4.081***
			Girls	.021	-.150	-7.433***
	3	Body perception	Total Sample			
			Boys	.001	.043	2.098*
			Girls			
% V. Explic			Total Sample	6.9%		
			Boys	5.8%		
			Girls	8.1%		

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

QVRS = Life quality related to health

AE_QVRS = Self-esteem related to life quality in relation to health

CO_QVRS = Cognitive component of life quality in relation to health

Life Sat. = Life satisfaction

P = Steps

R² Aj. = R² Adjusted

VD = Dependent variable

Vis = Independent variables

Look perception = Self-perceived look

Body dissatisfaction = Body satisfaction/dissatisfaction

Body perception = self-perceived body

The factors of self-perceived body image considered for the purpose of this study show a higher percentage of explained variance for girls than boys. The self-perceived body image is more relevant for the emotional component than the cognitive component of well-being, for both girls and boys. Self-perceived look overrides the explanation for adolescents' well-being, for both genders. Self-perceived body (*whether one is fat, thin or normal*) shows a residual importance in the prediction of well-being. The perception of satisfaction/dissatisfaction with their body is a predictor of well-being, following self-perceived look, for both genders.

The analysis of linear regression was done by age group as well. For girls in the 16 years old or more age group, the desire to change something about their body helps to explain the levels of well-being to a greater extent than self-perceived look, for the variables of life quality in relation to health and self-esteem related to life quality in relation to health. In the 11 years old age group (for girls) and the 13 years old group (for boys), the desire to change something about their body overrides the self-perceived look factor in explaining the levels of the variable of well-being for self-esteem related to life quality in relation to health. In the 13 years old group (for girls) and the 16 years old group (for boys), the desire to change something about their body is the first predictor of happiness. In girls, the desire to change something about their body is more relevant to the predictability of the cognitive component of life quality in relation to health in the 15 years old age group and life satisfaction in the 13 years old age group. Finally, the results of the linear regression analysis by age group show that, for boys, self-perceived body image-related factors become more important with age, than in the emotional component of well-being. In girls, self-perceived body image-related factors become more important with age until the 15 years old age group, but it decreases in the 16 years old or more age group, ceasing to appear in the well-being variables related to cognitive components.

Discussion of results

This study does not focus on weight or on body mass index, although the statistical analysis clearly demonstrates that the way adolescents perceive their own body and look has an impact on their well-being.

In the relation of the adolescent with his/her body and look, there are multiple factors to consider. The questions upon which the study are based, are focused on the assessment, which the adolescent makes of his/her own body and look and their well-being, independently of the reasons or causes that lead them to make such an assessment and which they understand as satisfaction with their body and look.

Even though 51 per cent of adolescents perceive that they have *an ideal* body and more than 90 per cent think they have a *normal, good or very good* look, approximately 55 per cent desire to change something about their body, meaning that they are not fully satisfied with it. As several authors refer, if on one hand, these results relate to a concern about body image, exacerbated by the adolescents' social contexts (García-Camba, 2004; Rodríguez & Goñi, 2009; Trallero, 2010), on the other hand, they also relate to the distortion of body image, which is also favoured by social pressure, including the media (Esnaola & Rodríguez, 2009; Rodríguez & Goñi, 2009; Toro et al., 2006; Trallero, 2010). Nonetheless, the question that assesses body satisfaction, either dichotomous or not, allows to evaluate the relation of the adolescent in relation to his/her whole body. Consequently, the study cannot find whether the adolescent is unsatisfied with just one section of his/her body, what part of his/her body and in what way it has an impact on their well-being or not.

Several studies refer that body dissatisfaction and the desire to change it is more common amongst girls (Needham & Crosnoe, 2005; Richardson et al., 2006; Tiggemann, Verri, & Scaravaggi, 2005). Effectively, data shows that girls' self-perception is farther away from the ideal body and they feel bigger and with a worst look than boys. Possibly, girls are more sensitive to pressure of standards and stereotypes around body image, hence the desire to change something about their body, with the aim to feel closer to body stereotypes of Western society (Eisenberg &

Neumark-Sztainer, 2003; Rodríguez & Goñi, 2009; Toro et al., 2006). These differences may also be related to the fact that, as reported by Trallero (2010) and Toro and collaborators (2005), the assessment that girls and boys make of their respective body and look are based on distinct parameters.

As King (2002) refers, in the 11 years old age group, there are statistically significant differences between boys and girls both in relation to self-perceived body and look, as well as, in the desire to change something about their body. The time around when adolescents are 15 years old marks the most significant differences (χ^2 is higher): it is clear that differences in body image for the 16 years old or more age group decreases. The age sample does not allow concluding whether these differences between genders tend to disappear or stabilise in more advanced age groups.

When the answer to the variable *is there anything about your body you would like to change* is positive, it gives an indication as to body dissatisfaction. This dissatisfaction has obvious repercussions in the well-being levels as perceived by adolescents: adolescents who are satisfied with their body report higher levels of well-being both for the emotional and cognitive components, in the overall sample, as well as, the gender sample and age group. In effect, various studies demonstrate that body image dissatisfaction, both for boys and girls, lead to depressive symptoms, lower levels of well-being and less psychological strength (Bergeron & Tylka, 2007; Richardson et al., 2006).

The real body is the essential component of body image. However, as literature suggests (De la Serna, 2004; Fuentetaja & Masó, 2007; Rodríguez & Goñi, 2009; Toro, 2004; Trallero, 2010), more than the objective weight and body mass index, what has more impact in self-perceived body is how the adolescent assesses him/herself. For this reason, there is the possibility of distorting body image, due to various factors, namely feedback from others, jokes and sarcasms and stress-related aspects. Adolescents who perceive themselves as having the ideal body are associated with higher levels of well-being than adolescents who perceive themselves as a little or very thin and a little or

very fat. The subject of this study does not allow understanding what adolescents consider the *ideal body*, nor what its features are. It simply makes it clear that the assessment of one's body as ideal contributes to adolescents' well-being, both at emotional and cognitive levels. Clearly, the ideal body for boys is different from the ideal body for girls and the same goes for different age groups, but as argued by Fuentetaja and Masó (2007), adolescents' bodies are also part of their self. For this reason, feeling like they have an ideal body favours self-esteem and well-being levels. If when one refers to the ideal body, the parameters taken into account are those promoted by the media, which as argued by different authors (Esnaola & Rodríguez, 2009; Fuentetaja & Masó, 2007; García-Camba, 2004; Toro, 2004; Trallero, 2010), are internalised by adolescents; then the ideal body corresponds to different descriptions for girls and boys. This also means that, independently of the description of the *ideal body*, feeling good about one's body and liking one's body (with whichever dimensions) is good for health and corresponds to a higher well-being. Finally, it may also suggest that adjusting one's perception about one's own body may have a greater impact on one's well-being than putting on or losing body mass or weight.

Being a little or very thin is also perceived as being healthier than someone a little or very fat, namely in girls in the 15 years old age group. The group a little or very thin, in the items life quality in relation to health and the emotional component of well-being, report higher levels of well-being and statistically significant results, than the group a little or very fat. For the cognitive component of well-being it is not possible to observe significant differences between thinner or fatter adolescents. It is very likely that the aesthetic model of a thin body in Western culture has a direct relation with these results, as well as, with the distortion of self-perceived body image, as suggested by various authors (Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2003; Rodríguez & Goñi, 2009; Tiggemann et al., 2005; Toro et al., 2006). In this sense, it is worth noting that 39 per cent of girls perceive themselves as a little or too fat, against 26 per cent of boys. A reason for these results and the difference between genders, as argued by Fuentetaja and Masó (2007), as well as other aforementioned authors, may be related to the tendency by girls, to internalise more easily pressures, messages and stereotypes encouraged by social

contexts. As studied by Richardson and collaborators (2006) and Eisenberg and Neumark-Sztainer (2003), another explanation for these results may be the negative comments by others in relation to adolescents' bodies, as well as jokes, which are possibly more manifested against girls than boys and target fatter adolescents more than thinner ones.

The data analysis suggests that puberty has intense repercussions in body perception and in the relation between body perception and well-being. Statistically significant differences between the groups of body perception increase up to the 15 years old age group and decreases in the age group of 16 years old or more. Trallero (2010) and Fuentetaja and Masó (2007) write that the body is always changing, as is common to puberty and it leads the adolescent to make constant changes in the perception of their own body. This fact, associated to standards promoted by social contexts, has repercussions in adolescents' perception of well-being and decreases their perception of their well-being. In the 16 years old or more age group, it is possible to see a decrease of the impact of self-perceived body in adolescents' self-perceived well-being. According to the mentioned authors, it is possible to say that adolescents, after the turbulence of puberty, adjust to the perception of their body.

The major differences between the three groups of body perception take place in the 15 years old age group: the group of self-perception as the *ideal body* shows higher levels of well-being, than the other groups in all variables; and the group of *a little or too thin* shows higher levels of well-being than the group *a little or very fat*, in the variables of life quality in relation to health and the emotional component. Adolescents, in addition to adjusting to the changes of their bodies, they also need time to deal with the pressure they feel in their social contexts and the aesthetic body models imposed (Rodríguez & Goñi, 2009). The data concerning the 15 years old age group suggests that it is then that adolescents are at their most delicate moment and most sensitive to body adjustments and social pressures.

The results of this study suggest that adolescents have a better self-perception of look (approximately 90 per cent finds their look to be normal, good or very good), than body self-perception (approximately 49 per cent finds that they are a little or too thin or a little or very fat). At the same time, it is possible to see that look has a direct impact in the perception of well-being as it is possible to observe statistically significant differences in the three groups. The group with a *good or very good look* reports the highest averages of well-being; and the group with a *normal* look also reports differences in relation to the group with a *not good or bad look*, which reports the lowest levels of well-being. These differences are constant in the overall sample, in the sample by gender and the sample by age group.

It is important to consider that the subject of this study in relation to look, does not enable to understand what adolescents believe to be a *good* or a *less good* look. Moreover, through the study it is not possible to conclude whether assessment criteria for look by adolescents in the 11 years old age group are similar to the criteria of an adolescent in the 16 years old or more age group. Results show that for the age groups of 11 and 16 years old or more, there are no differences between the groups *normal* and *not good or bad look* for the variables related to the cognitive component. As argued by King (2002), the relation between look and well-being has differences between individuals as a consequence of gender and age. According to Fuentetaja and Masó (2007), the minor consequence of look for the adolescent's well-being, in the 16 years old age group, is related to the dialogue with the mirror, which helps him/her to identify with the self and to better adjust him/herself to the identify s/he is looking to achieve. Indeed, adolescents internalise and develop skills that help them to take care of their look and adapt their body image to the one they most identify themselves with.

The assessment that the adolescent make of his/her own look suggests that the better self-perceived look, the better self-perceived well-being, mainly in what respects the emotional component of the well-being.

Within the factors of body image that concern this study, the analysis of the linear regression shows as main predictor for adolescents' well-being, self-perceived look, followed by satisfaction/dissatisfaction with their body. As Richardson and collaborators (2006) argue, concerns about look and body dissatisfaction lead to an exacerbated negative feedback from adolescents' social contexts, with consequent depressive symptoms and overall disquiet. At the same time, studies and data show that look and body dissatisfaction are the aspects that most lead to consequences and risk behaviours by adolescents (Esnaola & Rodríguez, 2009; ISAPS, 2010; Sahuquillo, 2008). Adolescents interpret and integrate themselves, both the feedback by other and their own beliefs. As referred by Trallero (2010), pressure exercised by contexts is promoted by correlation (media, family, peers, school), which leads the adolescent to a greater body dissatisfaction and to attribute greater importance to look, with consequences for his/her well-being.

In a model explaining adolescents' well-being, body image-related issues analysed in the present study have a greater impact in the emotional component than in the cognitive one. As suggested by Fuentetaja and Masó (2007), these factors have a determinant role in adolescents' self-esteem and identity, which demonstrates the importance of body image, as well as, the emotional component of well-being, in the consolidation of one's identity during adolescence.

The impact of self-perceived body image-related issues concerning well-being evolves and becomes different in accordance to adolescents' age. This is particularly true for the emotional component of well-being and less relevant for the cognitive component. In girls, the impact of body image-related issues grows up to the 15 years old age group and decreases in the 16 years old or more age group. In boys, it grows up to the 16 years old or more age group. It is not possible to state whether the impact decreases after that age, as there is no available data. In girls, self-perceived body image-related factors cease to be predictors of cognitive well-being in the 16 years old or more age group. As various authors refer (Alsaker, 1996; King, 2002; Needham & Crosnoe, 2005; Trallero, 2010), the impact of self-perceived body image-related factors is different according to

gender and age group, which implies that educators must adopt adequate strategies and informed practices.

Final considerations

The relation with the body and the related image is different not only in relation to gender, but also age. The 15 years old age group experiences the strongest differences between gender and the greater impact of self-perceived body in adolescents' well-being.

Self-perceived body image shows a direct relation with well-being. Adolescents who seem to be satisfied about their body, show higher levels of well-being in all age groups, both for the emotional and cognitive components, as opposed to adolescents who feel unsatisfied about their body image. Adolescents that believe they have an ideal body, have higher levels of well-being for both components. Look seems to be associated directly to adolescents' well-being in both components of well-being.

The body image-related factors that were studied have a greater impact on the emotional component of adolescents' well-being, than the cognitive one. Most likely, this last component is only affected indirectly, meaning as a consequence of the evaluation of the emotional component.

Between the objective factors of body image in the present study, look shows a direct and stronger association with adolescents' well-being. Indeed, it is the main predictor factor, followed by body satisfaction. During puberty (11 years old for girls and 13 years old for boys), body satisfaction is more relevant in the explanation of adolescents' well-being than look, which also happens in girls around 16 years old or more.

Adolescence goes beyond 16 years of age, for this reason it would be important to study later age groups, in order to understand in a more comprehensive way, the relation between adolescence and body image and its impact on perceived well-being. At the

same time, this would allow to draw the evolution according to age and gender and to identify the most critical moments of adjustment. It would be equally interesting to be able to conclude what social contexts have a greater influence in the perception of body image and, consequently on well-being. Could it be that the influence of family, school, peer group, the media and the environment is similar for all age groups? Could it be that these contexts have the same relevance to both genders? Could it be that the significance of contexts is different for the beginning of adolescence, the middle stage and the end stage? It would also be useful to use relevant case-studies, to complement the statistical studies. Finally, with the support of empirical data, it would be important to prepare different approaches of support for adolescents in relation to their body and look, as well as, programmes for the promotion of skills, so that adolescents are able to deal with pressures of stereotypes and cultural models from childhood, in a healthy way. The adolescents' perceptions and beliefs are essential so that technicians can provide tools to cope with the distortions of body image and to prevent any abuse to risky behaviour.

This study may contribute to and give indications for the creativity of educators in the preparation of programmes and promotion of strategies for the development of skills related to the capacity to take care of one's look, to consolidate one's identity, to strengthen self-esteem and like oneself, in order to improve (perceived and real) health. The study sheds clues and suggestions for further research and for the need to operationalizing interventions with adolescents in order to maximize the perception of body image to become more healthy and happier.

Bibliography

- Alsaker, F. (1996). Annotation: the impact of puberty. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 249-258.
- Arita, B., Romano, S., Garcia, N. & Félix, M. (2005). Indicadores Objetivos y Subjectivos de la Calidad de Vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 10(1), 93-102.

- Baile, J. I. (2003). Qué es la imagen corporal? *Revista de Humanidades Cuadernos del Marqués de San Adrián*, 2, 53-70.
- Bergeron, D. & Tylka, T. L. (2007). Support for the uniqueness of body dissatisfaction from drive for muscularity among men. *Body Image*, 4, 288-295.
- Bisegger, C., Cloetta, B., von Rüden, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U. & The European KIDSCREEN Group (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial und Präventivmedizin*, 50, 281-291.
- Borges, A., Matos, M. & Diniz, J. (2011). Processo Adolescente e Saúde Positiva: Âmbitos Afetivo e Cognitivo. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 24(2), 1-11.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Currie, C., Saoirse, N., Godeau, E., Roberts, C. Smith, R., Currie, D., Picket, W., Richter, M., Morgan, A. & Barnekow, V. (2008). *Health Behaviour in School-aged Children 2006*.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, and WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- De la Serna, I. (2004). Alteraciones de la imagen corporal: Anorexia, Vigorexia, Bulimia, Dismorfofobia y cuadros relacionados. *Monografías de Psiquiatría*, 2(16), 32-40.
- Diener, E, Oishi, S. & Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-424.
- Eisenberg, M. E. & Neumark-Sztainer, D. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 733-741.
- Esnaola, I. & Rodríguez, A. (2009). La imagen corporal y el autoconcepto físico. In *El Autoconcepto Físico: Psicología Y Educación*. Alfredo Goñi Granmontagne (Coord). Ediciones Pirámide: Madrid, pp. 193- 205.
- Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. In Cash, Thomas, F., Pruzinsky, Thomas (ed.) *Body images: development, deviance and change*. The Guilford Press: New York, pp. 3-20.

- Forbes, G. B., & Frederick, D. A. (2008). The UCLA body project II: Breast and body dissatisfaction among African, Asian, European, and Hispanic American college women. *Sex Roles*, 58, 449-457.
- Fuentetaja, A. M. L. & Masó, A. C. (2007). *Adolescencia: Limites Imprecisos*. Madrid: Alianza Editorial.
- García-Camba, E. (2004). Dismorfofobia. *Monografías de Psiquiatría*, 16(2), 25-31.
- Gervilla, E. (2002). La tiranía de la belleza, un problema educativo hoy La estética del cuerpo como valor y como problema. *Teoría de la Educación*, 14, 185-206.
- ISAPS. (2010). International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2009.
- King, R. A. (2002). Adolescence. In Lewis, M. (dir.): *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive textbook*, Third edition. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 332-242.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La Ciencia de la Felicidad*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. & Equipa do Projeto Aventura Social (2007). *A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em oito anos*. Lisboa, CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística. Com Utilização do SPSS*. 3ª edição. Sílabo: Lisboa.
- Needham, B. L. & Crosnoe, R. (2005). Overweight status and depressive symptoms during adolescence. *Journal of Adolescence Health*, 36, 48-55.
- Rajmil, L., Alonso, J., Berra, S., Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Simeoni, M-C., Auquier, P. & The Kidscreen Group. (2006). Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *Journal of Adolescent Health*, 38, 511-518.
- Richardson, L. P., Garrison, M. M., Drangsholt, M., Lloyd, M. & Linda, R. (2006). Associations between depressive symptoms and obesity during puberty. *General Hospital Psychiatry*, 28, 313-320.
- Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R., & Maes, L. (2007). Measuring the health behaviours of adolescents through cross-national survey

- research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal Public Health*, 15, 179-186.
- Rodríguez, A. (2009). Bienestar psicológico y autoconcepto físico. In *El Autoconcepto Físico: Psicología Y Educación*. Alfredo Goñi Granmontagne (Coord). Ediciones Pirámide: Madrid, pp. 193- 205.
- Rodríguez, A. & Goñi, A. (2009). Vulnerabilidad de Autoconcepto Físico a los influjos culturales. In *El Autoconcepto Físico: Psicología Y Educación*. Alfredo Goñi Granmontagne (Coord). Ediciones Pirámide: Madrid, pp. 223- 247.
- Sahuquillo, M. R. (2008). Los menores se enganchan a la cirugía estética. *El País*, 4 Febrero, pp. 34-35.
- Slade, P. D. (1994). What is body image?. *Behavioral Research Therapy*, 32(5), 497-502.
- Smolak, L. & Stein, J. A. (2006). The relationship of drive for muscularity to sociocultural factors, self-esteem, physical attributes gender role, and social comparison in middle school boys. *Body Image*, 3, 121-129.
- Tata, P., Fox, J. & Cooper, J. (2001). An investigation into the influence of gender and parenting styles on excessive exercise and disordered eating. *European Eating Disorders Review*, 9, 194-206
- Tiggemann, M., Verri, A., & Scaravaggi, S. (2005). Body dissatisfaction, disordered eating, fashion magazines, and clothes: A cross-cultural comparison between Australian and Italian young women. *International Journal of Psychology*, 40, 293-302.
- Toro, J. (2004). *Riesgo Y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J., Gómez-Peresmitré, G., Sentís, J., Vallés, A., Casulà, V., Castro, J., Pineda, G., Leon, R., Platas, S. & Rodriguez, R. (2006). Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 556-565.
- Toro, J., Gilla, A., Castro, J., Pombo, C. & Guete, O. (2005). Body image, risk factors for eating disorders and sociocultural influences in Spanish adolescents. *Eating and Weight Disorders*, 10, 91-97.

- Trallero, J. (2010). *El Adolescente en su Mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Valery, C., Ryan, R., Kim, Y. & Kaplan, V. (2003). Differentiating autonomy from individualism and independence: A self-determination theory perspective on internationalization of cultural orientations and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 97-110.
- Van den Berg, P., Wertheim, E. H., Thompson, J. K. & Paxton, S. J. (2002). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescents females: a replication using covariance structure modeling in an Australian sample. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 46-51

Capítulo 6 – Discussão

6.1 INTRODUÇÃO

A preocupação pela saúde / bem-estar dos adolescentes deveria constituir o pano de fundo das políticas nos diversos âmbitos de um país, nomeadamente na educação, na saúde, na formação, na segurança, no desporto e atividade física, na economia, na gestão das coisas públicas. Com efeito, promover um desenvolvimento saudável, promover estilos de vida saudáveis, fomentar o bem-estar, desenvolver recursos pessoais ou competências pessoais de vida traz amplos benefícios não só ao indivíduo, como à família, às relações sociais, à cidadania, às redes sociais, aos ambientes escolares e laborais, à comunidade, ao otimismo individual e social, ao espírito de iniciativa e empreendedorismo, à capacidade de lidar com adversidades e desafios, à flexibilidade de ajuste, às empresas, à economia e a todos os mais diversos âmbitos da vida humana.

Atingir elevados índices de bem-estar físico, psíquico, social e espiritual podem ser entendidos como os grandes objetivos dos recursos pessoais, as grandes metas do desenvolvimento saudável e positivo, os grandes horizontes da excelência humana. Múltiplas variáveis podem contribuir para estes índices de saúde / bem-estar, sendo que uma grande parte delas se encontra ligada aos contextos socializadores família, escola, pares, bairro, *media*.

Neste projeto estudaram-se algumas das variáveis que a literatura, a observação e a reflexão indicavam como associadas à qualidade dos contextos dos adolescentes e, desse modo, à qualidade dos seus recursos pessoais e à sua perceção de saúde / bem-estar. Esmiuçada a perceção que os adolescentes tinham da saúde / bem-estar, no componente afetivoemocional e no componente cognitivo, segundo o género e segundo as faixas etárias, achou-se interessante encadear os estudos abordando a influência do

estatuto familiar (muito provavelmente relacionado com a comunidade onde decorre a existência da família do adolescente), a qualidade do ambiente familiar, a qualidade da relação com os pares, a qualidade da relação com a escola, a qualidade da relação com os novos e antigos *media* e, finalmente, a qualidade da relação consigo próprio, nomeadamente com a própria imagem corporal. Segundo Fuentetaja & Masó (2007), o “eu” também é resultado da qualidade da relação com o que o rodeia. Segundo Lyubomirsky, Sheldon e Schkade (2005), a saúde, o bem-estar, a felicidade, a satisfação com a vida dependem em boa parte das opções deliberadas de cada indivíduo que, por sua vez, ganham determinada orientação e consistência segundo a qualidade dos contextos do indivíduo. Assim parece que as ferramentas, as competências de vida com que o adolescente enfrenta as vicissitudes do próprio desenvolvimento, dos acontecimentos da história e dos seus anseios depende em muito da qualidade dos contextos que habita, onde se entranha. A construção dos recursos pessoais, muito para além do componente genético e das circunstâncias de vida, conta com a qualidade dos contextos que fomentam fortalezas e, paulatinamente, moldam e estruturam o indivíduo cognitivamente e afetivamente. Foi também por estas razões que se achou mais adequado colocar o estudo da relação consigo próprio como o último estudo do projeto desenvolvido até ao momento.

6.2 OS COMPONENTES AFETIVOEMOCIONAL E COGNITIVO DA SAÚDE ADOLESCENTE

O recurso à análise fatorial confirmatória do *Kidscreen 10* decifrou dois componentes integradores da qualidade de vida relacionada com a saúde dos adolescentes: o afetivoemocional e o cognitivo. A literatura e a análise de correlação de dados não recomendam a separação destes componentes, mas antes uma leitura entretecida dos mesmos: um contribui para o outro e vice-versa. Assumida esta premissa, no estudo 1, selecionou-se ainda uma medida de satisfação (Cantril, 1965) com a vida e outra de felicidade (uma medida *ad hoc*, correspondendo a um item em escala de *Likert* de quatro pontos) para reforçar o estudo da saúde positiva dos adolescentes.

Os adolescentes, na sua maior parte, percebem-se como saudáveis tanto no componente afetivo como no componente cognitivo da saúde / bem-estar. Isto significa que, não obstante as imensas alterações / mudanças características desta fase da vida, enfrentam de forma muito positiva todos os escolhos da transição para a vida adulta, no geral com uma perspetiva muito saudável.

Acompanhando a literatura (Balaguer & Castillo, 2002; Ceballos, 2009; Fuentetaja & Masó, 2007, Matos, Simões, Tomé, Gaspar, Camacho, Diniz & Equipa do Projeto Aventura Social, 2006), o estudo 1 e 2 mostra a predominância dos fatores afetivo-emocionais na percepção de saúde / bem-estar dos adolescentes. Parece que as opções comportamentais dos adolescentes radicam sobretudo na vertente afetiva, na valorização dos sentimentos e emoções. Segundo os autores Frey e Stutzer (2004), acompanhados por Lyubomirsky (2008), o componente afetivoemocional da saúde / bem-estar encontra-se muito mais sujeito à efemeridade e à mudança do que o componente cognitivo. Sendo este último componente mais estável e menos suscetível a mudanças, parece que seria desejável que os contextos dos adolescentes promovessem competências afetivo-emocionais acompanhadas de competências cognitivas que dessem consistência à orientação por estilos de vida saudáveis. Com efeito, embora com menor expressão nas diferenças em relação à percepção da saúde / bem-estar, o componente cognitivo vai acompanhando o devir do componente afetivo.

Na relação de preditibilidade entre os componentes afetivo e cognitivo o estudo 2 mostra que o componente afetivo é um forte preditor do componente cognitivo mas não o inverso. Parece, pois, que nesta fase da vida (e muito provavelmente noutras), a vertente afetiva é nuclear no desenvolvimento das competências cognitivas. Como referem vários autores (Frey & Stutzer, 2004; Fuentetaja & Masó, 2007; Lyubomirsky, 2008; Trallero, 2010), o investimento nos componentes afetivo, social e emocional favorece o desenvolvimento do componente cognitivo da saúde / bem-estar. Como tal, não parece suficiente transmitir informações e conhecimentos, mesmo que de forma sistematizada, mas torna-se necessário favorecer envolvências, potenciar a qualidade dos contextos socializadores, dar relevo ao tempo e aos espaços de relação e de diálogo

com os adolescentes, fomentar competências e laços de vida, projetos de convívio e de partilha, momentos de envolvimento espontânea e informal.

Esta evidência da literatura, acompanhada pelos resultados dos estudos 1 e 2, permite as afirmações de que esta fase da vida, apesar da turbulência que lhe é conhecida, não corresponde a um período crítico. E isto suscita a reflexão dos investigadores, uma vez que estão confirmadas numerosas alterações sob o ponto de vista biológico, psicológico e social, sendo muitas destas mudanças concomitantes. Claro que estão em causa os recursos pessoais dos indivíduos que lhes permitem passar por esta fase de forma saudável e positiva. E será que estes recursos pessoais advêm apenas da componente genética? Será que se ligam prevalentemente às circunstâncias de vida? Não será antes que estão ligados à qualidade dos contextos socializadores em relação com as circunstâncias de vida e com a componente genética?

Neste projeto, atendendo ao enquadramento da literatura, considerou-se mais provável a perspetiva aberta pela última questão. Deste modo, depois de se constatarem os índices de saúde / bem-estar percebidos pelos adolescentes, procurou-se identificar variáveis dos contextos que promovem a construção de recursos pessoais dos indivíduos e que, segundo a literatura, tendem a tornar-se a estrutura de base ou o estilo de vida que se prolonga na vida adulta.

6.3 O ESTATUTO FAMILIAR

A literatura apresenta o estatuto familiar com uma relação muito estreita com os espaços e ambientes onde decorre a existência, com o tipo de comunidades onde as famílias se integram (Compas, 2004; Esnaola & Iturriaga, 2009; Gaspar, Pais-Ribeiro, Matos & Leal, 2008; von Rueden, Gosch, Rajmil, Bisegger, Ravens-Sieberer & the European Kidscreen group, 2006; Simões, 2007; Trallero, 2010).

O nível socioeconómico mais elevado, o maior grau de instrução dos pais e o emprego fazem bem à saúde dos próprios e dos adolescentes. Com efeito, como se pode ver no

estudo 3, os adolescentes provenientes de famílias com estatuto mais elevado auto-percecionam-se com mais saúde tanto no componente afetivoemocional como no cognitivo. Os adolescentes que convivem diariamente com baixo estatuto familiar vêm juntar às alterações biopsicossociais, próprias desta fase da vida, outras adversidades inerentes à comunidade onde vivem, constituindo fatores acrescidos e concomitantes de *stress*, suscetíveis de poderem desencadear, individualmente e/ou em conjunto, perturbações emocionais, cognitivas e comportamentais de vária ordem e intensidade, com repercussões na saúde percebida, no estilo de vida adotado e nas perspetivas de vida para a adultícia (Esnaola & Iturriaga, 2009; Gaspar et al., 2008; Simões, 2007; Trallero, 2010).

O grau de instrução dos pais parece possuir um efeito cumulativo: por um lado, as famílias com baixa escolaridade tendem a considerar os aspetos da saúde / bem-estar como algo não prioritário, tendem a não valorizar a escola como um investimento para o presente e para o futuro, tendem a assumir maiores comportamentos de risco; por outro lado, as famílias com mais elevada escolaridade tendem a investir mais em competências de vida e em estilos de vida saudáveis, a orientar melhor as práticas educativas, a incentivar o desenvolvimento das competências próprias de cada filho, a fomentar crescentes conhecimentos académicos, a assumir melhores expetativas de vida e com várias oportunidades abertas, a adotar regras e hábitos saudáveis, a favorecer o desenvolvimento moral e a cidadania, a desenvolver várias estratégias de confronto com as adversidades (Hervás, Sánchez & Vázquez, 2008; Matos e Sampaio, 2009). Nos estudos 1, 3 e 4 constata-se associações entre o nível de instrução dos pais e a perceção de saúde / bem-estar dos adolescentes, sobretudo no componente cognitivo e na satisfação com a vida.

Igualmente os estudos 3 e 4 demonstram que quanto mais elevados os recursos socioeconómicos da família, maiores os índices de saúde percebida pelos adolescentes. A literatura refere os níveis socioeconómicos mais altos associados a maiores aspirações, expetativas e objetivos futuros; relacionados com mais alternativas e opções de construção do futuro; condizentes com acesso mais abundante e recursos que

favorecem a qualidade das vivências quotidianas (Najman, Aird, Bor, O’Callaghan, Williams & Shuttlesworth, 2004; Torsheim, Currie, Boyce, Kalnins, Overpeck & Haugland, 2009; Trallero, 2010).

Os estudos 3 e 4 deixam transparecer que o nível socioeconómico familiar anda a par com o nível de instrução dos pais. Deste modo, uma possível linha de políticas de saúde passa pelo incentivo e pela criação de condições para que as figuras parentais obtenham níveis de instrução e qualificações académicas mais elevadas. A promoção da saúde dos adolescentes encontra-se também ligada às políticas que perscrutam estratégias para aumentar a escolaridade parental, contribuindo para melhorar os estilos de vida e os hábitos de saúde das gerações futuras.

O emprego tem impacto na saúde percebida pelos adolescentes, bastando um dos progenitores desempregado para que o estudo 3 nos mostre diferenças estatisticamente significativas, inferiores em relação aos adolescentes em que ambos os progenitores estão empregados. Como escreve Compas (2004) o desemprego involuntário tem relação direta com a redução de recursos, com alteração do humor e do ambiente familiar, com as expectativas, com a alimentação, com o acesso aos sistemas de saúde, com hábitos e ritmos familiares, com as atividades lúdicas. E, continua este autor, quando o desemprego é persistente atrai mais consequências negativas ao nível da saúde do que uma situação transitória. Com efeito, a permanente e intensa atuação de fatores de *stress*, acrescidos e concomitantes àqueles que o adolescente já enfrenta nas tarefas próprias da sua idade, tendem a ter impacto mais violento na saúde percebida e mesmo a precipitar comportamentos de risco (Simões, 2007).

Apesar de tudo isto, o potencial preditor dos fatores do estatuto familiar abordados nos estudos 3 e 4 pode ser considerado baixo. O nível socioeconómico é o fator com mais relevo, com impacto a nível afetivo e cognitivo, seguido pelo nível de instrução dos pais. Embora o potencial preditor dos fatores estudados seja baixo, a literatura citada liga-os a outros fatores com mais forte impacto na predição da saúde / bem-estar dos adolescentes. Por isso não parece descabido afirmar com alguma propriedade que as

políticas que fomentam um melhor estatuto familiar fazem muito bem à saúde. E, como refletem Matos e Sampaio (2009), o eixo em torno do qual gravita o estatuto familiar parece ser o nível de instrução dos pais. Com efeito, maiores qualificações académicas associam-se a mais competências, a mais oportunidades, à valorização da escolaridade dos filhos, a mais amplas perspetivas de futuro, a maior rendimento familiar, a mais cidadania, a maior perceção de autoeficácia, a recursos pessoais mais consistentes e variados, a maior autoestima, a mais elevada satisfação com a vida, a mais segurança, a maior felicidade, a melhor e mais plena realização saudável.

Embora careça da confirmação de outros estudos e de ulteriores investigações com outras amostras e numa perspetiva transnacional, os estudos 3 e 4 mostram que os níveis mais elevados de escolaridade dos pais, não obstante o impacto positivo no componente cognitivo da saúde / bem-estar, podem afetar negativamente o componente afetivoemocional da saúde / bem-estar. As explicações adiantadas refletem sobre o maior envolvimento dos pais na carreira sócio-profissional, sobre as dificuldades de gestão do tempo para estar mais com os filhos, sobre a monitorização e ambições / metas mais exigentes para os adolescentes, sobre o intenso calendário de atividades que podem ser impeditivas do adolescente poder desfrutar de tempo para si e para o que mais gosta. Este achado coloca o desafio às políticas de como incrementar a escolaridade e, ao mesmo tempo, proteger os níveis mais elevados de escolaridade dos efeitos de negativos na perceção de saúde dos adolescentes.

6.4 QUALIDADE DAS RELAÇÕES COM OS PAIS E SAÚDE / BEM-ESTAR DOS ADOLESCENTES

Para estudar a qualidade das relações dos adolescentes com os pais e as consequências na respetiva perceção de saúde / bem-estar escolheram-se dois tipos de variáveis: o à vontade da comunicação com o pai e com a mãe e a monitorização do pai e da mãe. Os resultados do estudo 5 mostram que a comunicação é mais fácil com a mãe e que na monitorização também é a figura materna que mais conhece e acompanha, acedendo a

mais informação do que a figura paterna. Em todo o caso observam-se margens de possível melhoria, tanto na comunicação como na monitorização, para ambas as figuras parentais.

E quanto mais fácil a comunicação com os pais, mais elevada é a saúde / bem-estar percebido pelos adolescentes. De acordo com o que escrevem Whiteman e Christiansen (2008), os resultados do estudo 5 parecem indicar que a qualidade da comunicação com os pais se afigura como decisiva no desenvolvimento saudável do adolescente. E segundo estes autores, a qualidade da comunicação está ligada à qualidade dos ambientes domésticos, à gestão do tempo, à atenção / interesse votado aos temas que interessam e preocupam os adolescentes, às estratégias de abordagem desses mesmos temas. Julga-se, pois, que estes resultados, para além do interesse dos pais/famílias, também deveriam ser objeto de reflexão das políticas do trabalho, das carreiras profissionais e das organizações, que pretendem absorver cada vez mais tempo dos pais, em nome da produtividade, descurando, porventura, a saúde / bem-estar dos próprios e das futuras gerações.

Quanto mais os adolescentes se percebem monitorizados pelas figuras parentais, tanto mais se dizem com saúde / bem-estar percebido. Como refere a literatura (Brooks & Goldstein, 2010; Camacho & Matos, 2008; Fröjd, Kaltiala-Heino & Rimpelä, 2007; Sussman, Pokhrel, Ashmore & Brown, 2007), não se trata de uma vigilância policial, mas antes de uma monitorização construtiva, dialogante e consistente que se associa positivamente à satisfação com a vida, a melhor ajustamento às mudanças, a mais elevada autoestima, a mais recursos pessoais, a menor envolvimento em comportamentos de risco, a menores consumos de substâncias, a menores sintomas de falta de saúde.

Como se pode observar no estudo 5, a comunicação e monitorização parentais mostram-se potentes preditores da saúde / bem-estar adolescente. Assim, para além da quantidade de tempo dos pais com os filhos, como referem numerosos autores, é determinante a qualidade da relação familiar, isto é, a postura positiva, dialogante, construtiva,

equilibrada, afetiva, sensata (Berlin, Cassidy, & Appleyard, 2008; Brooks & Goldstein, 2010; Carrillo, Ripoll-Nuñez, Cabrera & Bastidas, 2009; Çiviti & Çiviti, 2009).

O estudo 5 deixa perceber complementaridade dos papéis desempenhados pelas figuras materna e paterna no favorecimento do desenvolvimento saudável do adolescente. Com efeito, nos dois primeiros fatores preditores de saúde / bem-estar do adolescente surge constantemente um fator ligado à mãe e outro ao pai. Com efeito a literatura dá relevo às duas figuras parentais na saúde / bem-estar do adolescente (Flouri, 2008; Lei & Wu, 2007; Trallero, 2010). Embora possam ter eventuais papéis distintos na relação com o adolescente, complementam-se mutuamente, pelo que é de todo desejável a sintonia, a partilha e a concordância entre estas figuras quanto às linhas e práticas educativas.

6.5 QUALIDADE DAS RELAÇÕES COM OS PARES E SAÚDE / BEM-ESTAR DOS ADOLESCENTES

A qualidade da relação dos adolescentes com os pares, como se pode ver no estudo 6, apresenta-se predominantemente elevada, correspondendo ao estreitamento das relações com os colegas e à importância atribuída ao grupo, em linha com o que é sugerido pela literatura (Stoeckli, 2010). E qualidade desta relação com os pares repercute-se na saúde / bem-estar percebido. De facto, ter um ou vários amigos é potenciador de bem-estar em qualquer faixa etária e em ambos os géneros. Daí que todas as estratégias e dinâmicas para os indivíduos formarem grupos, e a assumirem na relação de grupo regras que facilitem a comunicação, a confiança, o respeito mútuo, a resolução de conflitos, o desempenho de diferentes tarefas conjugadas e endereçadas a um fim comum, o exercício de atividades em conjunto, no fundo são excelentes contributos para a saúde / bem-estar do adolescentes e para a sua autoestima (Stoeckli, 2010). Efetivamente, a qualidade da relação com os pares tem a ver com o suporte-social, as competências sociais, as relações de confiança, a partilha de ideias e de gostos, a consolidação da identidade, o exercício conjunto de atividades impossíveis a sós (Ceballos, 2009; Trallero, 2010; Steinberg, 2005).

A relação com os pares de turma e a relação com os amigos especiais mostram associação com a saúde / bem-estar percebido pelos adolescentes em ambos os gêneros e nas distintas faixas etárias mas, como fora já asseverado por Suldo e Hueber (2006), os pares de turma têm maior impacto na saúde / bem-estar do que os pares especiais. O relevo atribuído à escola, o perceber a prestação acadêmica como a principal tarefa, o sentir o grupo turma como componente essencial do sucesso acadêmico, são razões avançadas pela literatura para esta “ascendência” dos pares de turma em relação ao bem-estar percebido pelos adolescentes (Steinberg, 2005; Suldo & Hueber, 2006; Vaquera & Kao, 2008).

O estudo 6 conclui que a relação com os pares tem sobretudo a ver com a qualidade de vida relacionada com a saúde e com o componente afetivo da saúde / bem-estar. Isto é observável nos dois gêneros e nas várias faixas etárias. O mesmo se observa na qualidade das comunicações interpares. No entender de Trallero (2010), esta relação mais forte entre pares e componente afetivo da saúde / bem-estar implica que se fomenta a reflexão e a estruturação do componente cognitivo da saúde de modo a desenvolver estratégias para lidar com eventuais adversidades das relações de pares e para enfrentar os “ruídos” na comunicação.

A qualidade da comunicação com os pares associa-se aos índices de saúde / bem-estar do adolescente a partir dos 13 anos. Ou seja, à medida que a adolescência evolui e o indivíduo se vai entranhando com os pares, a comunicação vai adquirindo maior relevo, provavelmente devido à intensificação das confidências (Vaquera & Kao, 2008). E se o estudo 6 mostra que este relevo para o género feminino ocorre apenas no componente afetivo, no género masculino é transversal aos dois componentes. Há autores que juntam esta suscetibilidade do género masculino à comunicação interpares à maior permeabilidade que eles manifestada à influência do grupo (Galambos, 2004; Kuntsche & Gmel, 2004; Vaquera & Kao, 2008).

A relação de pares faz bem à saúde dos adolescentes pelo que seria desejável que os programas de promoção da saúde incluíssem o desenvolvimento de competências de

comunicação positiva, gestão de emoções, regras relacionais, empatia, resolução de conflitos. Ao mesmo tempo a escola deveria fomentar a coresponsabilidade na vida da escola e nas atividades de turma, a participação na organização do plano anual de atividades, os trabalhos de grupo, o cumprimento de regras relacionais.

6.6 A RELAÇÃO DOS ADOLESCENTES COM A ESCOLA E A SAÚDE / BEM-ESTAR

A escola é porventura o contexto mais importante dos adolescentes em idade escolar, a seguir à família (Matos, 2005; Morales & López-Zafra, 2009; Simões, 2007; Simões, Matos & Batista-Foguet, 2008). Os resultados do estudo 7 mostram que 44% dos adolescentes se percebe com boa ou muito boa capacidade escolar, 77% gostam muito ou mais ou menos da escola, 46.9% sentem pouco ou nenhuma pressão com os trabalhos da escola. Em relação ao apoio dos professores, 52.4% considera que são tratados com justiça, 64.7% acham que quando precisam de ajuda a podem encontrar e 45.6% reconhecem que os professores se interessam por eles como pessoas. É em relação ao apoio dos colegas de turma que se observam os valores mais elevados, acima dos 80%. Parece assim haver uma ampla margem de progresso na qualidade do contexto escolar, de modo a favorecer o desenvolvimento positivo dos adolescentes e a sua saúde / bem-estar. A escola poderá tornar-se mais apelativa se der mais espaço de iniciativa aos alunos, se, para além das atividades letivas em sala de aula, desenvolver atividades saudáveis de ocupação dos tempos livres, se reforçar as estratégias de envolvimento / relação pedagógica entre professores e alunos, se incentivar a construção de projetos comuns, se desenvolver competências de vida (sociais, comunicação, cidadania, saúde, gestão emocional, resolução de conflitos...), se assegurar a construção de estilos de vida saudáveis, se der relevo aos temas que mais interessam os adolescentes (Morales & López-Zafra, 2009; Mosquera & Sobäus, 2006; Young, 2007; White, 2007). Parece, porém, que a escola, enquanto organização, só poderá “crescer”, em ordem aos desideratos acima referidos, em consonância com a implementação das adequadas políticas educativas.

O estudo 7 mostra associação entre a qualidade do contexto escolar e a percepção de saúde / bem-estar por parte dos adolescentes: à melhor percepção de capacidade escolar corresponde um melhor nível de bem-estar em todas as variáveis de saúde em estudo; o gosto mais positivo pela escola também é diretamente acompanhado por índices mais elevados de percepção de saúde / bem-estar; a percepção de maior apoio tanto dos colegas como dos professores também encontra eco em níveis de bem-estar elevados, estatisticamente significativos; o aumento da pressão com os trabalhos escolares diminui a sensação de bem-estar dos adolescentes. Estes resultados são consonantes com o estudo de Simões e colaboradores (2008), indicando que a qualidade do contexto escolar tem relação direta com a saúde / bem-estar dos adolescentes portugueses. É também nesta linha a intervenção de Fernández-Berrocal e Ruiz (2008) quando defendem que a aposta na educação e na escola no período da adolescência é uma questão de saúde pública, uma vez que contribui de forma direta para a melhoria da saúde / bem-estar. Com efeito, no entender de vários autores (Humphrey, Curran, Morris, Farrel & Woods, 2007; Bisquerra, 2008; Matos, 2005; Morales & López-Zafra, 2009) investir no contexto escolar é dar solidez aos alicerces não apenas para o desenvolvimento económico e social, mas para a redução de riscos de problemas de saúde mental e aumento do bem-estar e da realização pessoal.

Se a percepção de capacidade escolar, do gosto pela escola e do apoio dos professores possui uma associação mais forte com o componente cognitivo da saúde / bem-estar adolescente, a pressão dos trabalhos escolares e o apoio dos colegas obtém uma associação mais direta com o componente afetivoemocional. E nesta relação entre a escola e a saúde, o estudo 7 faz compreender o elevado relevo dos fatores escolares em estudo, mostrando-se como potentes preditores do bem-estar dos adolescentes. Quase se poderia dizer que a importância da qualidade do contexto escolar é determinante não só para a saúde dos adolescentes, mas para o bem-estar de todo o país, não só porque os adolescentes serão os adultos do futuro, mas porque a saúde / bem-estar dos adolescentes também afeta a saúde / bem-estar das respetivas famílias. Como referem Costa e Pereira (2007) os componentes afetivoemocional e cognitivo do bem-estar fazem viagem no mesmo comboio, mas há fatores que afetam mais um do que outro.

Neste caso a capacidade escolar, o gosto pela escola e o apoio dos professores são mais fortes preditores do componente cognitivo e a pressão dos trabalhos escolares e o apoio dos colegas mais fortes preditores do componente afetivo. E ambos os componentes fazem a saúde e fazem a escola (Matos, 2005; Simões, 2007). Os dados sugerem, pois, que todas as abordagens / investimentos que melhorem a qualidade do contexto escolar, acabam por melhorar igualmente a percepção de saúde / bem-estar dos adolescentes.

6.7 A RELAÇÃO DOS ADOLESCENTE COM O TEMPO DE ECRÃ E A SAÚDE / BEM-ESTAR

A Academia Americana de Pediatria (2010) recomenda que não se vá além de 2 horas de tempo de ecrã por dia, de modo a garantir o desenvolvimento saudável dos adolescentes. O estudo 8 mostra que mais de metade dos adolescentes portugueses gastam bem mais de 2 horas por dia na televisão, nos jogos de ecrã e na utilização do computador. Mas, contrariamente às indicações da literatura, quanto mais tempo de ecrã, melhores os índices no componente afetivoemocional da saúde / bem-estar, sobretudo no caso do género masculino. Como referem Roberts, Foehr e Rideout (2006) as ofertas de ecrã são extensas e variadas, têm algo que cativa, que vincula, que prende, que atrai de tal forma os adolescentes, que estes tendem a passar mais tempo com o ecrã do que em qualquer outra atividade, com exceção para o dormir.

De acordo com a literatura, quanto mais tempo de ecrã menor a percepção de saúde / bem-estar no componente cognitivo. Perante esta discrepância dos dois componentes de saúde face ao tempo de ecrã, parece que o adolescente é colocado perante um dilema: o tempo de ecrã dá satisfação, é agradável, é emocionante, mas a avaliação que o adolescente faz do tempo assim gasto e das suas consequências não contribui para mais saúde / bem-estar. Com efeito, a literatura associa o elevado tempo de ecrã a mais comportamentos de risco, consumo de substâncias, obesidade, perturbações alimentares, baixa autoestima e outros (Iannotti, Kogan, Janssen & Boyce, 2009; Jordan, Bleakley, Manganello, Hennessy, Stevens & Fishbein, 2010; Rideout, 2010; Sharif & Sargent,

2006; Strasburger, Wilson & Jordan, 2009). Parece pois que nesta ambivalência entre componentes, demasiadas vezes vence o componente afetivo em detrimento do componente cognitivo.

Ao fim de semana, segundo o estudo 8, para além das já referidas afetações do componente afetivo e do componente cognitivo, quanto maior é o tempo de ecrã dos adolescentes menor é a satisfação com a vida percebida. É ao fim de semana que os adolescentes dispõem de mais tempo livre; também é ao fim de semana que os adolescentes mostram mais tempo de ecrã. Parece, pois, que os adolescentes se sentiriam mais satisfeitos com a vida se o tempo de ecrã fosse mais reduzido. Levanta-se então o desafio da criatividade e da iniciativa aos próprios adolescentes, aos pais, às associações juvenis e desportivas, às organizações de todo o tipo presentes nas comunidades locais, às escolas, às autarquias, aos animadores socioculturais, no sentido da ocupação dos tempos livres e de lazer de forma saudável, reduzindo ao mesmo tempo o tempo de ecrã.

A análise de regressão múltipla, no estudo 8, mostrou baixo potencial preditor do tempo de ecrã em relação à saúde / bem-estar dos adolescentes. Apesar disso constata-se preditibilidade positiva para a qualidade de vida relacionada com a saúde e para o componente afetivoemocional, tanto na amostra geral e como no género masculino. No género feminino e na amostra geral o tempo de ecrã exprime uma preditibilidade negativa para o componente cognitivo da qualidade de vida relacionada com a saúde e para a satisfação com a vida. Estes resultados poderão indicar que o tempo de ecrã poderá ter aspetos mais positivos e aspetos mais negativos para a saúde / bem-estar dos adolescentes. Se, como refere Anderson (2002), os efeitos salubres do tempo de ecrã podem ser melhorados e os efeitos nocivos atenuados pela presença de um moderador adulto, também parece que a regulação das horas de ecrã na ocupação dos tempos livres, alternando-as com outras atividades de interação, poderá ser muito benéfico para a saúde / bem-estar dos adolescentes.

6.8 IMAGEM CORPORAL E SAÚDE / BEM-ESTAR NOS ADOLESCENTES

Na imagem corporal consideraram-se as variáveis satisfação / insatisfação com o corpo, a perceção do próprio corpo e a autoperceção do aspeto. Embora com intensidades diferentes, os resultados mostram relação direta das variáveis da imagem corporal com a saúde / bem-estar percebido pelos adolescentes, seja em relação à amostra geral, seja na amostra por faixas etárias, seja na amostra por género, tanto no componente afetivoemocional como no cognitivo. Estamos, pois, num âmbito da preocupação do adolescente. A maior ou menor qualidade percebido neste âmbito mostra repercussões ao nível da saúde / bem-estar, da autoestima, do estar bem consigo próprio. No estudo 9, levanta-se a hipótese de a afetação do componente cognitivo da saúde / bem-estar ser por via indireta, isto é, resultar da avaliação do componente afetivoemocional. Como se concluiu no estudo 1 e 2, tudo indica que os componentes afetivo e cognitivo da saúde evoluam de tal forma que não se possa considerar um sem o outro. Um componente e outro entretecem a avaliação que o indivíduo faz da própria saúde / bem-estar.

Segundo a literatura, a preocupação do adolescente com a imagem corporal tem a montante múltiplos fatores, de que se destaca a pressão dos contextos de socialização (família, pares, comunidade, media). Esta pressão chega a ter tal expressão que pode mesmo levar a uma perceção distorcida da própria imagem corporal (Esnaola & Rodríguez, 2009; García-Camba, 2004; Rodríguez & Goñi, 2009; Toro, Gómez-Peresmitré, Sentís, Vallés, Casulà, Castro, Pineda, Leon, Platas & Rodriguez, 2006; Trallero, 2010).

No estudo 9 é possível constatar que cerca de 55% da amostra dos adolescentes portugueses experimenta alguma insatisfação corporal, afirmando a vontade de alterar alguma coisa no corpo. E isto tem repercussões na saúde / bem-estar, sendo que quem se sente satisfeito com o próprio corpo manifesta níveis mais elevados de saúde seja no componente afetivoemocional, seja no cognitivo. Como alude a literatura, a insatisfação

com o corpo conduz a mais sintomas depressivos, menores níveis de bem-estar e menor fortaleza psicológica (Bergeron & Tylka, 2007; Richardson, Garrison, Drangsholt, Lloyd & Linda, 2006).

Cerca de 51% dos adolescentes portugueses avalia-se com “corpo ideal”, e isso faz bem à saúde e bem-estar porque o corpo real é a matéria-prima da imagem corporal e aqueles que se percebem com “corpo ideal” relatam níveis de saúde / bem-estar mais elevado (Trallero, 2010). Mais do que o peso objetivo, mais do que o índice de massa corporal, o que mais conta é o modo como o adolescente se avalia. Com peso nesta avaliação estão eventuais distorções da imagem corporal, os modelos mais apreciados pelo adolescente, o *feedback* das pessoas significativas, a história de piadas e sarcasmos, os estereótipos (De la Serna, 2004; Fuentetaja & Masó, 2007; Rodríguez & Goñi, 2009; Toro, 2004; Trallero, 2010). Apesar do corpo ideal ser diferente consoante os géneros (Esnaola & Rodríguez, 2009; Fuentetaja & Masó, 2007; García-Camba, 2004; Toro, 2004; Trallero, 2010) tudo indica que gostar do próprio corpo faz bem à saúde, sendo que o gosto pelo corpo pode passar pela qualidade dos contextos, pela qualidade das pessoas significativas, pelo ajuste da percepção, por sentir-se amado e desejado, por ter outros que mostrem apreço.

Ser um pouco ou muito magro é mais saudável do que um pouco ou muito gordo, nomeadamente no género feminino e na faixa etária dos 15 anos. Parece bastante provável que o modelo estético magro, que se impôs na cultura ocidental, tenha relação directa com estes resultados e com eventuais distorções na percepção da autoimagem corporal, tal como adiantam vários autores (Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2003; Rodríguez & Goñi, 2009; Tiggemann, Verri & Scaravaggi, 2005; Toro et al., 2006). Outra possível explicação para estes resultados poderá relacionar-se com a tendência do género feminino a internalizar as pressões, as mensagens e os estereótipos provenientes dos contextos de socialização (Fuentetaja & Masó, 2007; Richardson et al., 2006).

Cerca de 90% dos adolescentes julga o seu aspeto normal, bom ou muito bom, sendo que este facto tem um impacto direto na percepção de saúde / bem-estar. Com efeito,

quanto melhor o aspeto percebido, mais elevados são os índices de saúde / bem-estar na amostra geral, na amostra por géneros e na amostra por faixas etárias, sobretudo no componente afetivo. Apesar do estudo 9 não permitir aferir o que é que o adolescente entende concretamente por “bom” ou “menos bom aspeto”, os dados indicam que quanto mais positiva a perceção do próprio aspeto, mais positiva a perceção de saúde / bem-estar. Fuentetaja e Masó (2007) falam de um diálogo crescente, ao longo das faixas etárias, entre o espelho e o adolescente, que permite um progressivo ajuste entre aspeto e identidade, correspondendo igualmente a um aumento de competências para cuidar do aspeto.

De entre as variáveis estudadas para a imagem corporal (estudo 9), o aspeto é o principal preditor da saúde / bem-estar, seguido da satisfação / insatisfação com o corpo. Como refletem Richardson e colaboradores (2006) as preocupações com o aspeto e a insatisfação com o corpo suscitam amplo e acentuado *feedback* negativo dos contextos socializadores dos adolescentes, com consequentes sintomas depressivos e mal-estar generalizado, podendo conduzir a derivações perniciosas e a comportamentos de risco por parte dos adolescentes (Esnaola & Rodríguez, 2009; ISAPS, 2010; Sahuquillo, 2008). Como refere Trallero (2010), a pressão exercida pelos contextos é potenciada pela concomitância (*media*, família, pares, escola), levando o adolescente a uma mais acentuada insatisfação com o corpo e a dar um maior relevo ao aspeto, com consequentes repercussões no bem-estar.

O estudo 9 mostra que os fatores da imagem corporal têm mais relevo no componente afetivoemocional do que no componente cognitivo. No entender de Fuentetaja e Masó (2007), estes fatores desempenham papéis determinantes na autoestima e na identidade do adolescente, o que não só diz da importância da imagem corporal, mas também do componente afetivoemocional da saúde / bem-estar na consolidação da identidade do indivíduo no período da adolescência.

6.9 SAÚDE PERCEBIDA E GÉNERO

O Género masculino mostra uma perceção mais elevada da própria saúde / bem-estar do que o género feminino, sobretudo no componente afetivoemocional, como se pode observar nos estudos 1 e 2. A literatura explica esta diferença intergéneros com a maior tendência do género feminino para a internalização, para uma maior sensibilidade aos acontecimentos de vida, quanto ao número e quanto à intensidade (Ceballos, 2009; Matos & Batista-Foguet, 2007). Seria desejável que estas diferenças estatísticas fossem referência de programas, estratégias e práticas educativas de forma a conseguir uma promoção da saúde mais ajustada.

Na abordagem dos resultados intergénero para a perceção da saúde / bem-estar, na perspetiva das faixas etárias, o estudo 2 conclui que na faixa etária não se observam diferenças intergénero para as variáveis de saúde / bem-estar consideradas. Na faixa etária dos 13 anos os dados mostram diferenças intergéneros limitadas às variáveis de saúde / bem-estar de foro afetivoemocional, sendo o género masculino a perceber-se com níveis mais elevados. É aos 15 anos que o estudo 2 expõe as diferenças mais acentuadas intergénero em relação à saúde percebida. Estas diferenças são transversais a todas as variáveis de saúde, com o género masculino a obter as médias mais elevadas, e com as diferenças intergénero a manifestar uma expressão mais substancial no componente afetivoemocional da saúde do que no componente cognitivo do bem-estar. Na faixa etária dos 16 anos ou mais as diferenças intergénero para a saúde / bem-estar voltam a só se verificar nas variáveis de componente mais afetivoemocional. Assim, parece ser sobretudo o componente afetivoemocional da saúde / bem-estar a determinar as diferenças intergénero. Claro que em todo este processo podem existir influências socioculturais, tal como referem alguns autores (Berjano Foguet & González, 2008; Traverso-Yépez & Pinheiro, 2005), mas há também alterações biopsicossociais distintas para o género masculino e para o género feminino, sendo mais acentuadas e abruptas neste último (Fuentetaja & Masó, 2007; Trallero, 2010), há comportamentos que se vão vincando com a idade, afirmando-se a tendência para a internalização no género feminino e para a exteriorização no género masculino (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2003; Matos et al., 2006).

Como se constata no estudo 2, no género feminino a quebra maior na perceção da saúde / bem-estar ocorre entre as faixas etárias dos 13 aos 15 anos; no género masculino a quebra mais acentuada na perceção da saúde / bem-estar ocorre entre as faixas etárias dos 15 aos 16 anos ou mais. Como refere Ceballos (2009) assiste-se a um avanço global do género feminino em cerca de um ano e retrocesso do género masculino em cerca de uma ano, perfazendo esta diferença de cerca de dois anos entre géneros. Os resultados colhidos na faixa etária dos 16 anos ou mais deixa entrever que em idades posteriores se tenderia a verificar de novo o equilíbrio intergéneros na perceção da saúde / bem-estar.

O género feminino, nos estudos 3 e 4, mostra maior sensibilidade aos fatores do estatuto familiar (nível socioeconómico, nível de instrução parental e emprego), tanto no componente afetivoemocional como no cognitivo da saúde / bem-estar. O género masculino só manifesta diferença no componente cognitivo. Segundo Galambos (2004) e Trallero (2010) estes resultados estão relacionados com a tendência feminina a serem menos otimistas, mais sensíveis, mais racionais e reflexivas, mais propensas a internalizar as emoções associadas às cognições. Isto significa que a avaliação que fazem do estatuto familiar, em comparação com outras colegas, conduz a repercussões no sentir. O género masculino, por seu lado encontra-se mais voltado para o exterior, para a ação, para manifestações comportamentais, sem atribuir carga emocional à perceção cognitiva.

O género masculino considera a comunicação mais fácil tanto com o pai como com a mãe. Avaliam que a figura paterna os monitoriza mais a eles, enquanto o género feminino acha que a figura materna é que exerce maior monitorização sobre elas. E o estudo 5 mostra associação destas características com a saúde / bem-estar percebido pelos adolescentes. Com efeito, o género feminino mostra-se mais sensível à qualidade das relações com as figuras parentais. A literatura (Rajmil, Alonso, Berra, Ravens-Sieberer, Gosch, Simeoni, Auquier & The Kidscreen Group, 2006; Ruiz de Azúa, 2007) também indica o género feminino como mais suscetível de ser afetado pela qualidade de relação com os pais e do ambiente doméstico.

No estudo 6 pode-se concluir que o género feminino tem mais amigos especiais do que o género masculino e que este facto se associa com a respetiva perceção da saúde / bem-estar em todas as idades, tanto no componente afetivo como no cognitivo. No entender de alguns autores o género feminino valoriza mais os amigo(as) íntimos, tem maior dependência das relações de confiança, sente mais necessidade de apoio e afeto, é mais empático e sensível à flutuação da qualidade da relação, sente maior necessidade de experimentar a concordância e a partilha de ideias e de experiências (Galambos, 2004; Kuntsche & Gmel, 2004). O género masculino obtém valores mais elevados na qualidade da relação com os pares de turma, com repercussão na sua perceção de saúde bem-estar, tendo a ver com a sua preferência por grupos mais alargados (Vaquera & Kao, 2008) e por relações de amizade em função de atividades partilhadas e da ação (Trallero, 2010).

Na relação com a escola, como se pode constatar no estudo 7, o género masculino sente mais apoio dos colegas de turma, enquanto o género feminino gosta mais da escola e sente maior *stress* com os trabalhos escolares. Aos 11 e 13 anos o género masculino sente-se mais pressionado com os trabalhos escolares enquanto aos 15 e aos 16 anos ou mais passa a ser o género feminino a manifestar níveis mais elevados de pressão com os trabalhos escolares. Como diz Berjano e colaboradores (2008) parece que estão aqui em jogo fatores individuais, como os biológicos, psicológicos e socioculturais, que propiciam uma evolução de ritmo nem sempre linear e com diferenças entre idades e géneros. Também se poderá equacionar eventuais dificuldades da escola se ajustar ao desenvolvimento próprio da idade do adolescente e das especificidades de género.

O estudo 8 mostra que durante os dias de escola não há diferenças intergéneros quanto à televisão, mas ao fim de semana é o género feminino que passa mais horas com a televisão. Apesar disso, e apesar da televisão ser o tipo de ecrã com mais peso no tempo de ecrã, é o género masculino que tem mais horas de tempo de ecrã tanto à semana como ao fim de semana. Quer isto dizer que passam mais horas do que género feminino com jogos de ecrã e a usar o computador, tal como já fora apurado por Roberts, Henriksen e Foehr (2004). Se se considerar o tempo de televisão como mais passivo do

que os jogos de ecrã ou a utilização do computador, poderemos observar no género feminino uma tendência mais absorvente e internalizante das mensagens veiculadas pela televisão, tal como diriam Matos e colaboradores (2007).

No género masculino, durante os dias de escola, mais tempo de ecrã corresponde a maior percepção de saúde nomeadamente no componente afetivo de saúde / bem-estar. Ao fim de semana, o tempo de ecrã entre 2 e 4 horas corresponde a maior percepção de saúde no componente cognitivo de saúde / bem-estar. Menos de 2 horas de ecrã e mais de 4 horas de ecrã ao fim de semana estão relacionados com piores níveis de percepção de saúde, no componente cognitivo. Deste modo se durante a semana os adolescentes valorizam o tempo de ecrã ocupado sobretudo com jogos e utilização do computador, ao fim de semana parecem valorizar outro tipo de atividades de lazer e de ocupação dos tempos livres para se sentirem com mais saúde.

No género feminino mais tempo de ecrã nos dias de escola corresponde a menor percepção de saúde / bem-estar no componente cognitivo. Ao fim de semana, em todas as variáveis de saúde / bem-estar, quanto mais tempo de ecrã, menores são os níveis de saúde percebida. Tendo em conta que as adolescentes passam mais tempo com a televisão do que com jogos de ecrã e com utilização de computador, assumindo que a televisão corresponde a um tempo de ecrã mais passivo, pode significar que o seu impacto se torna mais negativo para a saúde. Ao mesmo tempo a tendência internalizante do género feminino predispõe as adolescentes a absorver mais as mensagens veiculadas pelos *media*, o que, como descrevem Iannotti e colaboradores (2009), tende a gerar baixa autoestima, pior percepção de saúde, mais sintomas somáticos, mais consumo de substâncias, pior qualidade de vida e de relações familiares, menos investimento em interações sociais, na resolução de problemas, em atividade física e no desenvolvimento cognitivo. Os resultados ao fim de semana também podem significar um desencontro entre a realidade e as próprias expectativas no que concerne à ocupação dos tempos livres.

De acordo com a literatura, o estudo 9 mostra que a insatisfação com o corpo e a vontade de o alterar tem expressão mais elevada no género feminino (Needham & Crosnoe, 2005; Richardson et al., 2006; Tiggemann et al., 2005). À insatisfação com o corpo o género feminino associa uma mais baixa perceção do seu próprio aspeto e do seu próprio corpo, considerando-se mais gordas e com pior aspeto do que o género masculino. E estas diferenças projetam-se na perceção da própria saúde, sobretudo no componente afetivo. Por um lado, parece que a avaliação que os géneros fazem do respetivo corpo assenta em parâmetros distintos (Toro, Gilla, Castro, Pombo & Guete, 2005; Trallero, 2010). Por outro lado, colhem-se indicações de que os padrões e estereótipos da imagem corporal exercem mais pressão sobre elas, que mostram uma tendência mais forte para a internalização (Eisenberg & Neumark-Sztainer, 2003; Matos et al., 2007; Rodríguez & Goñi, 2009; Toro et al., 2006).

6.10 AUTOPERCEÇÃO DO BEM-ESTAR E IDADE ADOLESCENTE

Ao aumento da idade adolescente corresponde uma diminuição da saúde / bem-estar percebido pelos adolescentes. Na faixa etária dos 11 anos observam-se os índices mais elevados de saúde / bem-estar que decrescem de forma estatisticamente significativa nos intervalos etários estudados (13 anos, 15 anos e 16 anos ou mais). A primeira explicação adiantada para estes dados é que os adolescentes, na construção dos seus recursos pessoais, passam por processos de ajuste complexos e multifacetados que precisam de oportunidades ao longo do tempo. A transição para a vida adulta carece de tempo para desenvolver capacidades e competências, confiança, autonomia, identidade, perceção de autoeficácia face aos desafios novos – endógenos e exógenos – que a pessoa em devir para a adultícia se vê obrigada a enfrentar. O crescendo da idade corresponde ao aumento da capacidade, complexidade e sofisticação de processamento de informação, o que arrasta outros interesses e a necessidade experimentada de outras competências de vida. Isto faz com que o diálogo com os contextos socializadores próprios da infância se possa tornar, eventualmente, mais difícil, mais elaborado,

gerador de outro tipo de ajustes e de outra intensidade afetivoemocional. A adequação às mudanças biopsicossociais traz novos, concomitantes e mais intensos indutores de *stress*. O processo que conduz à autonomia, passa pela construção e afirmação da própria identidade, que está sujeita também às pressões socioculturais dos contextos: família, pares, culturas juvenis, moda, escola, *media*, comunidade onde vive. Todo este processo passa também por frustrações de expectativas, contrariedades, pessimismos em relação aos próprios recursos, incoerências percebidas em relação ao que se considera ideal *versus* o que se consegue concretizar, desafios novos dos contextos onde se pretende entrar (dificuldades percebidas de conseguir o âmbito profissional desejado, resultados escolares aquém do que se sonhara, perspectiva de emprego / desemprego, dificuldades de recursos financeiros...), compreensão dos contextos que já faziam parte do período da infância (Castells & Silber, 2006; Ceballos, 2009, Frydenberg, 1997).

Nos estudos 1 e 2 pode-se constatar que a diminuição da percepção de saúde / bem-estar abrange os componentes afetivoemocional e cognitivo. Como referem Damásio (2010) e Lyubomirsky (2008) só academicamente se pode falar da separação destes dois componentes. Na realidade, tudo parece indicar a existência de uma dialética entre eles no processo de desenvolvimento saudável. Mas esta interdependência, este entretecer dos dois componentes, observa uma incidência maior do componente afetivoemocional na percepção de saúde / bem-estar na adolescência, como é verificável nos estudos 1 e 2.

Os estudos 1 e 2 também mostram que, a partir da faixa etária dos 15 anos, na passagem para o grupo dos 16 anos ou mais, se atenuam as diferenças em relação à percepção de saúde / bem-estar. Assim, os dados parecem indicar que após alguma turbulência na travessia para a idade adulta, os adolescentes tendem a recuperar os índices de percepção de saúde / bem-estar entretanto afetados. A isto não será nada estranho, antes pelo contrário, a qualidade dos contextos socializadores como determinantes no favorecimento do desenvolvimento de competências afetivas e cognitivas que se tornam recursos pessoais para o desenvolvimento saudável. Para além dos conhecimentos, para além de informações, para além da sistematização, parece importante proporcionar vivências acompanhadas / refletidas sobre competências de comunicação, resolução de

conflitos, relação intersubjetiva, autoanálise / autoconhecimento, análise da realidade, cidadania, observação crítica dos *media*, em suma, competências de vida.

No estudo 3, os adolescentes quanto mais jovens mais manifestam associação entre o estatuto familiar e a perceção de saúde, tanto no componente afetivoemocional como no cognitivo. Esta associação esbate-se a partir dos 16 anos. Este facto merece a reflexão de que há famílias que não motivam para a escola. E quando os pais e professores não são suficientemente relevantes no apoio aos adolescentes, estes têm mais dificuldades no desenvolvimento e no crescimento saudáveis (Susman & Rogol, 2004). É, pois, de extraordinária importância que a escola procure estratégias criativas de motivação, de envolvimento, de identificação de modo a cativar e favorecer o desenvolvimento de competências dos adolescentes provenientes de famílias com estatuto mais baixo.

O estudo 5 mostra que o devir da idade adolescente é acompanhado por desempenhos distintos das figuras parentais consoante os géneros, nomeadamente na comunicação e monitorização. Estes desempenhos complementam-se de tal forma que nalgumas faixas etárias a figura materna tem mais impacto na perceção da saúde / bem-estar do adolescente e noutras faixas etárias passa a ser a figura paterna a deter maior impacto. Por exemplo, na monitorização, aos 11 e 13 anos a figura materna mostra maior associação com a saúde e o bem-estar e a partir dos 15 anos a monitorização do pai obtém maior associação com a saúde / bem-estar. A percentagem de variância explicada para a saúde / bem-estar dos adolescentes por estes fatores parentais vai crescendo até à faixa etária dos 15 anos, decrescendo ligeiramente na passagem para os 16 anos ou mais. Estes resultados são consonantes com a literatura, por um lado, quando refere que os adolescentes passam mais tempo com a figura materna, com quem partilham mais emoções e sentimentos (Flouri, 2008); por outro lado, quando afirma que após a puberdade a qualidade da relação com o pai se torna um potente preditor da adaptação académica, do ajuste ao desenvolvimento pessoal e aos contextos, de boas estratégias de *coping* e de competências emocionais e sociais (Lei & Wu, 2007; Trallero, 2010); por outro lado, ainda, quando descreve que as diferenças de género possuem um forte componente cultural veiculado pelos pais (Queija, 2009); finalmente, por um conjunto

vasto de estudos que evidenciam associações significativas entre as características das interações pais-filhos e os níveis de ajuste psicológico, de autonomia, de competências, de recursos pessoais, de resiliência manifestado pelos adolescentes (Berlin et al., 2008; Brooks & Goldstein, 2010; Carrillo et al., 2009; Laursen & Mooney, 2008; Rubin, Coplan & Bowker, 2009).

Como se pode observar no estudo 6, a relação com os amigos tem influência na saúde / bem-estar percebido pelos adolescentes e esta relação evolui com a idade. Aos 11 anos o género masculino valoriza mais a comunicação e a partir dos 15 anos passa a ser o género feminino a valorizar mais a comunicação com os pares. Na análise de Wolfe, Jaffe e Crooks (2006), os pares, à medida que aumenta a idade vão definindo e alargando as diferenças de géneros. Com efeito, o estudo 6 mostra que a relação com os amigos especiais nos rapazes começa a atenuar-se a partir da faixa etária dos 15 anos, enquanto nas raparigas se vai intensificando.

Tal como ocorre noutros estudos (Berjano et al., 2008; Matos, Gonçalves & Gaspar, 2005), o estudo 7 mostra que à medida que aumenta a idade decrescem os índices das variáveis de bem-estar e de relação com a escola (a pressão com os trabalhos escolares aumenta com a idade).

O número de horas de ecrã aumenta progressivamente entre a faixa etária dos 11 anos e a dos 16 anos ou mais, como se constata no estudo 8. Se isto pode dizer do extraordinário poder atrativo dos antigos e novos *media* (Strasburger et al., 2009), também quer dizer, como refere Trallero (2010), do crescente poder de influência do ecrã quanto à conceção do mundo, da vida e da realidade, apesar de, com a idade, ser suposto o aumento do sentido crítico e a diminuição da receptividade. Atendendo aos estudos já levados a cabo, muitos deles referidos na revisão de literatura de Strasburger, Jordan e Donnerstein (2010), parece verificar-se a aproximação de um caso de saúde pública e de cidadania, uma vez que o aumento do tempo de ecrã pode indicar fermentação de múltiplos comportamentos de risco (eventualmente concomitantes)

como alimentação desregulada, violência, consumo de substâncias, obesidade, atividade sexual desprotegida, solidão e outras.

O estudo 8 mostra que é na faixa etária dos 15 anos que se observa uma maior associação entre o tempo de ecrã e a perceção de saúde / bem-estar, sobretudo no componente afetivo e na qualidade de vida relacionada com a saúde. E nesta idade, mais tempo de ecrã corresponde a níveis mais elevados de saúde percebida. Por paradoxal que pareça, tudo indica que será em torno desta idade que os adolescentes estarão mais expostos às influências do tempo de ecrã, com inevitáveis repercussões no seu bem-estar. Claro que o tipo e intensidade das repercussões também depende das escolhas feitas do leque de ofertas de ecrã à disposição (Roberts et al., 2006; Sharif & Sargent, 2006; Strasburger et al., 2010).

Mas não deixa de ser preocupante este progressivo aumento de tempo de ecrã quer sob o ponto de vista das interações sociais, como na perspetiva da participação na vida da comunidade, nos problemas que advêm ao nível de saúde em consequência da reduzida atividade física, na solidificação e desenvolvimento de competências que só é possível em atividades conjuntas. Além disso, seria importante refletir sobre a utilização feita com as novas tecnologias, que podem ser uma forma de, virtual e anonimamente, adotar um conjunto de novos comportamentos de risco.

Tal como refere King (2002), o estudo 9 mostra que quanto à perceção da imagem corporal, os adolescentes aos 11 anos não mostram diferenças intergénero, no período pós puberdade registam diferenças intergénero quanto à satisfação com o corpo, quanto à perceção do aspeto e quanto à perceção do corpo, sendo que o pico destas diferenças é obtido na faixa etária dos 15 anos. E estas diferenças e alterações têm intensas repercussões nos níveis de saúde / bem-estar percebido. Vários autores indicam a puberdade como o ponto de partida da adolescência, desencadeando numerosas mudanças também corporais, que requerem sucessivos ajustes de perceção do próprio corpo (Fuentetaja & Masó, 2007; Trallero, 2010). Acrescenta-se a influência dos padrões veiculados pelos contextos socializadores, que acentuam a quebra na perceção

da saúde / bem-estar. O adolescente para além do ajuste às alterações do próprio corpo, também precisa de tempo para lidar com as pressões dos respetivos ambientes socializadores e dos modelos estéticos corporais que estes impõem (Rodríguez & Goñi, 2009). Os dados na faixa etária dos 15 anos parecem dizer que se está no ponto mais delicado e sensível do ajustamento ao próprio corpo e às pressões sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education. (2010). Media education. *Pediatrics*, 126 (5), 1012-1017. Consultado em 15 de setembro de 2011 na World Wide Web: <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/5/1012.full.pdf+html>.
- Anderson, C. (2002). The effects of media violence on society. *Science*, 295, 2377–2389.
- Balaguer, I. & Castillo, I. (2002). Los estilos de vida relacionados con la salud en la adolescencia temprana. In I. Balaguer (Org.), *Estilos de Vida en la Adolescencia*. Valencia: Promolibro, pp. 37-49.
- Bergeron, D. & Tylka, T. L. (2007). Support for the uniqueness of body dissatisfaction from drive for muscularity among men. *Body Image*, 4, 288-295.
- Berjano, R., Foguet, J. & González, A. (2008). El desarrollo de estilos de vida en los adolescentes escolarizados: diferencias entre chicos y chicas. *IberPsicología 2008: 13.1*. Consultado em 27 de julho de 2008 na World Wide Web: <http://psicologia-online/ciopa2001/atividades/57/index.html>.
- Berlin, L. J., Cassidy, J. & Appleyard, K. (2008). The influence of early attachments on other relationships. In J. Cassidy & Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment* (2º ed.): New York: Guilford, pp. 333-365.
- Bisquerra, R. (2008). Educación emocional para la convivencia: las competencias emocionales. In M. S. Jiménez (coord.). *Educación Emocional y Convivencia en el aula*. Madrid. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.

- Bisquerra, R. (2008). *Educación Emocional y Bienestar*. Madrid: Wolters Kluwer España.
- Brooks, R. & Goldstein, S. (2010). *El Poder de la Resiliencia. Cómo Superar los Problemas y la Adversidad*. Barcelona: Paidós.
- Camacho, I. & Matos, M. (2008). A família: factor de proteção no consumo de substâncias. In M. Matos (Eds.). *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?*. Lisboa: IDT, pp. 165-200.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Carrillo, S., Ripoll-Núñez, K., Cabrera, V. & Bastidas, H. (2009). Relaciones familiares, calidad de vida y competencia social en adolescentes y jóvenes colombianos. *Summa Psicológica*, 6(2), 3-18.
- Castells, P. & Silber, T. (2006). *Guía Práctica de la Salud y Psicología del Adolescente*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Ceballos, G. (2009). *El adolescente Y sus retos: La Aventura de Hacerse Mayor*, Madrid: Ediciones Pirámide.
- Çiviti, N. & Çiviti, A. (2009). Self-esteem as mediator and moderator of relationships between loneliness and life satisfaction in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47, 954-958.
- Compas, B. (2004). Processes of risk and resilience during adolescence. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*, Hoboken, New Jersey: Wiley, pp. 263-296.
- Costa, L. & Pereira, C. (2007). Bem-estar subjetivo: aspetos conceituais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1), 72-80.
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência: A Construção do Cérebro Consciente*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- De la Serna, I. (2004). Alteraciones de la imagen corporal: Anorexia, Vigorexia, Bulimia, Dismorfofobia y cuadros relacionados. *Monografías de Psiquiatría*, 2(16), 32-40.

- Eisenberg, M. E. & Neumark-Sztainer, D. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 733-741.
- Esnaola, I. & Iturriaga, G. (2009). Hábitos de vida saludable y autoconcepto físico. In Grandmontagne, A. G. (Coord.). *El Autoconcepto Físico. Psicología y educación. Pirámide. Madrid*, pp. 155-172.
- Esnaola, I. & Rodríguez, A. (2009). La imagen corporal y el autoconcepto físico. In *El Autoconcepto Físico: Psicología Y Educación*. Alfredo Goñi Granmontagne (Coord). Ediciones Pirámide: Madrid, pp. 193- 205.
- Fernández-Berrocal, P. & Ruiz, D. (2008). La educación de la inteligência emocional desde el modelo de Mayer y Salovey. In M. S. Jiménez (coord.). *Educación Emocional y Convivencia en el aula*. Madrid. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, pp. 163-178.
- Flouri, E. (2008). Fathering and adolescent's psychosocial adjustment: the role of father's involvement, residence and biology status. *Child: Care, Health and Development*, 34, 152-161.
- Frey, B. & Stutzer, A. (2004). *Happiness Research: State and Prospects*. Institute for Empirical Research in Economics Working, Paper No. 190. University of Zurich. Consultado em 28 de fevereiro de 2007 na World Wide Web: <http://ssrn.com/abstract=559427>.
- Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R. & Rimpelä, M. (2007). The association of parental monitoring and family structure with diverse maladjustment outcomes in middle adolescent boys and girls. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 949-958.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. London: Routledge.
- Fuentetaja, A. M. L. & Masó, A. C. (2007). *Adolescencia: Limites Imprecisos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Galambos, N. (2004). Gender and gender role development in adolescence. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*, Hoboken, New Jersey: Wiley, pp. 233-262.
- García-Camba, E. (2004). Dismorfofobia. *Monografías de Psiquiatría*, 16(2), 25-31.

- Gaspar, T., Pais-Ribeiro, J., Matos, M. & Leal, I. (2008). Promoção de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 55-71.
- Hervás, G., Sánchez, A. & Vázquez, C. (2008). Intervenciones Psicologicas para la Promoción del Bienestar. In Vazquez & Hervás (Eds). *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, pp. 41-75.
- Humphrey, N., Curran, A., Morris, E., Farrel, P. & Woods, K. (2007). Emotional intelligence and education: A critical review. *Educational Psychology*, 27(2), 235-254.
- Iannotti, R., Kogan, M., Janssen, I. & Boyce, W. (2009). Patterns of Adolescent Physical Activity, Screen-Based Media Use and Positive and Negative Health Indicators in the U.S. and Canada. *Journal of Adolescent Health*, 44(5), 493-499.
- ISAPS. (2010). International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2009.
- Jordan, A., Bleakley, A., Manganello, J., Hennessy, M., Stevens, R. & Fishbein, M. (2010). The role of television access in viewing time of U.S. adolescents. *Journal of Children and Media*, 4(4), 355-370.
- King, R. A. (2002). Adolescence. In Lewis, M. (dir.): *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive textbook*, Third edition. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 332-242.
- Kuntsche, E., & Gmel, G. (2004). Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 98, 331-339.
- Laursen, B. & Mooney, K. S. (2008). Relationship network quality: Adolescent adjustment and perceptions of relationships with parents and friends. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 47-53.
- Lei, L. & Wu, Y. (2007). Adolescent's paternal attachment and internet use. *Cyber Psychology & Behavior*, 10, 633-639.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La Ciencia de la Felicidad*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.

- Matos, M. & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde. (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro Anos Depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M.G. (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI: FMH.
- Matos, M., Gonçalves, A., Gaspar, T. (2005) *Aventura social e saúde: prevenção do VIH numa comunidade migrante*. Lisboa, CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., & Equipa do Projeto Aventura Social. (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em oito anos* [Adolescents' health: Now and in the last eight years], Lisboa: CMDT/IHMT/UNL & FMH/UTL.
- Matos, M. G. & Batista-Foguet, J. M. (2007). Satisfação com a vida, escola, risco e proteção ao longo da adolescência. In Santos, P. S. (Eds.), *Temas Candentes em Psicologia do Desenvolvimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. & Equipa do Projeto Aventura Social (2007). *A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em oito anos*. Lisboa, CMDT/IHMT/UNL e FMH/UTL.
- Matos, M. & Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde. Diálogos com uma Geração*. Lisboa: Texto.
- Morales, M. & López-Zafra, E. (2009). Inteligencia emocional Y rendimiento escolar: estado atual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 69-79.
- Mosquera, J. J. M & Stobäus, C. D. (2006). Afetividade : A Manifestação de Sentimentos na Educação. *Educação*, 58(1), 123-133.
- Najman, J. M., Aird, R., Bor, W., O'Callaghan, M., Williams, G. M. & Shuttlewood, G.J. (2004). The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health. *Social Science & Medicine*, 58(6), 1147-1158.
- Needham, B. L. & Crosnoe, R. (2005). Overweight status and depressive symptoms during adolescence. *Journal of Adolescence Health*, 36, 48-55.

- Queija, I. (2009). El desarrollo sócio-emocional del adolescente. In Begoña Delgado Egido (Coord.). *Psicología del desarrollo. Desde la infancia a la vejez*. Vol. 2, Madrid, McGraw-Hill/Interamericana de España, pp. 115-136.
- Rajmil, L., Alonso, J., Berra, S., Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Simeoni, M-C., Auquier, P. & The Kidscreen Group. (2006). Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *Journal of Adolescent Health*, 38, 511-518.
- Richardson, L. P., Garrison, M. M., Drangsholt, M., Lloyd, M. & Linda, R. (2006). Associations between depressive symptoms and obesity during puberty. *General Hospital Psychiatry*, 28, 313-320.
- Rideout, V. (2010). *Generation M2: Media in the Lives of 8 to 18-Year-Olds*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
- Roberts, D. F., Henriksen, L. & Foehr, U. G. (2004). Adolescent and media. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, Nueva Jersey: Wiley, pp. 85-125.
- Roberts, D., Foehr, U. & Rideout, V. (2006). *Generation M: media in the lives of 8–18 year olds*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
- Rodríguez, A. & Goñi, A. (2009). Vulnerabilidad de Autoconcepto Físico a los influjos culturales. In *El Autoconcepto Físico: Psicología Y Educación*. Alfredo Goñi Granmontagne (Coord). Ediciones Pirámide: Madrid, pp. 223- 247.
- Rubin, K., Coplan, R., & Bowker, J. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology*, 60, 141-171.
- Ruiz de Azúa, S. (2007). *Autoconcepto físico: Estructura interna, medida Y variabilidad*. Bilbao: UPV/EHU.
- Sahuquillo, M. R. (2008). Los menores se enganchan a la cirugía estética. *El País*, 4 Febrero, pp. 34-35.
- Sharif, I. & Sargent, J. (2006). Association between television, movie, and video game exposure and school performance. *Pediatrics*, 118, 1061-1070.
- Simões, C., Matos, M. & Batista-Foguet, J. (2008). Saúde e felicidade na adolescência: fatores individuais e sociais associados às percepções de saúde e de felicidade

- dos adolescentes portugueses. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(2), 19-38.
- Simões, M. C. R. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends of Cognitive Science*, 9, 69-74.
- Stoeckli, G. (2010). The role of individual and social factors in classroom loneliness. *The Journal of Educational Research*, 103, 28-39.
- Strasburger, V. C, Wilson, B. J. & Jordan, A. B. (2009). *Children, Adolescents, and the Media*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Strasburger, V. C., Jordan, A. B. & Donnerstein, E. (2010). Health Effects of Media on Children and Adolescents. *Pediatrics*, 125 (4), 756-767. Consultado em 5 de setembro de 2011 na World Wide Web: <http://pediatrics.aappublications.org/content/125/4/756.full.html>.
- Suldo, S., & Huebner, E. S. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research* , 78, 179-203.
- Susman, E. & Rogol, A. (2004). Puberty and psychological development. In Lerner, R. & Steinberg, L. (dirs): *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, Nueva Jersey: Wiley, pp. 15-44.
- Sussman, S., Pokhrel, P., Ashmore, R. D., & Brown, B. B. (2007). Adolescent peer group identification and characteristics: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 32, 1602-1627.
- Tiggemann, M., Verri, A., & Scaravaggi, S. (2005). Body dissatisfaction, disordered eating, fashion magazines, and clothes: A cross-cultural comparison between Australian and Italian young women. *International Journal of Psychology*, 40, 293–302.
- Toro, J. (2004). *Riesgo Y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J., Gilla, A., Castro, J., Pombo, C. & Guete, O. (2005). Body image, risk factors for eating disorders and sociocultural influences in Spanish adolescents. *Eating and Weight Disorders*, 10, 91-97.

- Toro, J., Gómez-Peresmitré, G., Sentís, J., Vallés, A., Casulà, V., Castro, J., Pineda, G., Leon, R., Platas, S. & Rodriguez, R. (2006). Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 556-565.
- Torsheim, T., Currie, C., Boyce, W., Kalnins, I., Overpeck, M. & Haugland, S. (2004). Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science & Medicine*, 59, 1–12.
- Trallero, J. (2010). *El Adolescente en su Mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Traverso-Yepe, M. & Pinheiro, V. (2005). Socialização de gênero e adolescência. *Revista Estudos Feministas*, 13(1), 147-162.
- Vaquera, E., & Kao, G. (2008). Do you like me as much as I like you? Friendships reciprocity and its effects on school outcomes among adolescents. *Social Science Research*, 37, 55-72.
- von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., Ravens-Sieberer, U. & the European Kidscreen group, (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 60(2), 130-135.
- White, J. (2007). *What schools are for and the reasons why?* Impact Paper, Philosophy of Education Society of Great Britain.
- Whiteman, S. D. & Christiansen, A. (2008). Processes of sibling influence in adolescence: individual and family correlates. *Family Relations*, 57, 24-34.
- Wolfe, D. A., Jaffe, P. G. & Crooks, C. V. (2006). *Adolescent risk behaviors*. New Haven: Yale University Press.
- Yang, H. (2002). Subjective well-being and self-concept of elementary school teachers. *Chinese Mental Health*, 16(5), 322-330.
- Young, M. (2007). What are Schools For?. In Daniels, Lauder & Porter (Orgs.). *The Routledge Companion to Education*. Routledge: London.

Capítulo 7 – Limitações, Recomendações e Conclusões

7.1 INTRODUÇÃO

Por muito que se desfrute a caminhada, por muito satisfação que ela permita, por muita gratidão que se sinta em relação aos passos dados, afetos e cognições são acompanhados de avaliações. Percebem-se limites, levantam-se interrogações, sugerem-se novos rumos e ajustes, ganham substância algumas conclusões, vislumbra-se a abertura de portas e janelas não projetadas, ampliam-se horizontes com mais hipóteses de itinerário. Neste capítulo pretende-se fazer uma breve alusão a estes aspetos.

7.2 LIMITAÇÕES

Os estudos levados a cabo são descritivos e correlacionais de carácter transversal, o que não permite obter relações de causa-efeito claramente definidas. É claro que as associações encontradas permitem estabelecer relações e ligações entre diferentes fatores, mas não se pode falar com propriedade de efetiva causa-efeito. O tipo de variáveis, na sua maioria categoriais, limita a utilização de outras análises estatísticas que permitiriam explorar mais aprofundadamente a relação entre as variáveis estudadas.

Nos estudos fez-se a opção por criar grupos de modo a poder comparar as variáveis. A criação desses grupos levou, por vezes, à perda de sujeitos da amostra. Não obstante, a dimensão da amostra permitiu continuar com as análises estatísticas selecionadas.

O instrumento utilizado para a recolha de dados, apesar do protocolo exaustivamente definido, é um questionário de autorelato, o que pode suscitar eventuais dificuldades de entendimento de alguns itens, interpretações subjetivas e erradas por parte dos

adolescentes. Apesar disso, os resultados encontrados são muito aproximados dos relatos da literatura referente a outros estudos com características de amostras semelhantes, mas com metodologias diferentes. Ao mesmo tempo, o instrumento é utilizado a nível nacional desde 1998 e os seus resultados oscilam, mas nunca de forma a pôr em causa a sua validade e consistência (www.aventurasocial.com).

O instrumento utilizado na recolha de dados abarca um amplo leque de realidades que dizem respeito à saúde dos adolescentes. Por não ser um instrumento exclusivamente direcionado para o tema estudado, não permite uma exploração mais alargada das características / qualidade dos contextos estudados, nem uma maior exploração das tendências apontadas pela literatura. Por exemplo, o estudo permite perceber que cerca de 50% dos adolescentes se dizem insatisfeitos com o próprio corpo, mas os dados recolhidos não tem indicações sobre as zonas do corpo que gostariam de alterar.

A medida de “felicidade”, uma escala de *Likert* de quatro pontos com apenas uma variável, precisaria de ser alargada com mais variáveis de forma a obter-se um fator de “felicidade” com forte consistência interna e validade. As relações estabelecidas entre esta variável e as variáveis dos contextos, são muito frágeis.

Os dados, objeto dos estudos, têm a ver com a autoperceção dos adolescentes. Será que o entendimento de determinado conceito ou categoria é o mesmo aos 11 anos ou aos 15 anos? Será que a autoperceção do adolescente em relação a determinado conceito ou categoria se aproxima ou diverge da perspetiva das pessoas significativas dos diversos contextos (pais, professores, amigos)? A literatura, por exemplo em relação à monitorização dos pais, deixa transparecer claramente que os pais pensam saber muito em relação aos filhos e estes consideram que eles sabem pouco.

7.3 RECOMENDAÇÕES

Antes de mais, as limitações apontadas na secção acima, constituem, desde logo, desafios e recomendações seja para melhorar o instrumento de recolha de dados, seja para aprofundar os dados recolhidos.

Os estudos levados a cabo assentam exclusivamente na análise estatística (quantitativa) dos dados recolhidos. Como já se aludiu, seria interessante perceber, por exemplo, o que é que o adolescente entende por “aspeto” ou por “felicidade” ou por “gostar da escola”. Nesse sentido seriam interessantes estudos com grupos focais ou mesmo estudos de caso, de modo a enriquecer e completar os estudos estatísticos já levados a cabo. Estes estudos qualitativos não só dariam mais consistência aos estudos quantitativos, como permitiriam esmiuçar, de forma mais pormenorizada e aprofundada, as características da saúde / bem-estar percebido e dos contextos dos adolescentes.

O instrumento tem como público-alvo alunos do 6º, 8º e 10º anos de escolaridade. Dada a organização do sistema educativo português, julga-se que seria extraordinariamente enriquecedor poder alargar a recolha de dados ao 12º ano de escolaridade e mesmo ao primeiro ou segundo ano da universidade. Se assim acontecesse, alargar-se-ia a possibilidade de ter uma perspetiva bem mais alargada dos adolescentes portugueses, dos seus estilos de vida, dos seus comportamentos mais ou menos saudáveis. Ao mesmo tempo isso permitiria apoiar melhores decisões de ordem política, intervenções e planificações de promoção da saúde / bem-estar.

Para completar os dados recolhidos também seria importante inteirar-se da perspetiva de outras pessoas significativas que também fazem os contextos: professores, amigos, pais, assistentes operacionais de educação, técnicos de saúde que trabalhem com estas faixas etárias, animadores socioculturais das associações das comunidades locais.

Atendendo aos resultados, fundamentados neles, seria desafiante desenvolver diferentes estratégias (criativas e cativantes) de promoção da saúde, a apresentar aos agentes significativos de cada contexto (pais, professores, adolescentes, técnicos de saúde, animadores socioculturais, autarquias, paróquias), de modo a permitir o desenho de

programas de intervenção adaptados não só a cada contexto, como também à faixa etária e ao género.

Seria também interessante o desenho de programas de desenvolvimento de competências que pudessem completar / apoiar o trabalho já levado a cabo nos diferentes contextos, sobretudo nas escolas. A título de exemplo indicam-se: (1) programa de competências de comunicação; (2) programa de competências na utilização e análise crítica dos *media*; (3) programa de competências de cidadania; (4) programa de competências de vida; (5) programa de competências pessoais e sociais; (6) programa de autoregulação emocional; (7) programa de competências de segurança. Estes e outros programas de competências poderiam contribuir para mais saúde / bem-estar não só ao nível individual, mas igualmente nos contextos família, escola, pares.

Como é referido pela literatura, o modo de ser adolescente tem uma marca forte do momento histórico e sociocultural. Como tal é de extraordinária importância continuar a realizar estudos como o do HBSC para acompanhar e monitorizar em que é que consiste efetivamente o ser adolescente. Isto sob o risco de fazer abordagens e definir políticas ao lado, não centradas nos adolescentes reais.

7.4 CONCLUSÕES

A saúde/bem-estar dos adolescentes é percebida de modo distinto pelos géneros e o aumento da idade corresponde a uma diminuição da saúde percebida, sendo a quebra mais precoce no género feminino (11-13 anos) e mais tardia no género masculino (13-15 anos).

No decurso do processo adolescente os componentes afetivoemocional e cognitivo são interdependentes e entretecidos, mas o componente afetivo do bem-estar assume uma importância preponderante na perceção do bem-estar.

Os resultados mostram que o componente cognitivo da saúde e bem-estar parece liderado e condicionado pelo componente afetivoemocional.

O estatuto socioeconómico e sociocultural tem um impacto significativo na percepção de saúde dos adolescentes. Os adolescentes com estatuto familiar mais elevado percecionam-se com mais saúde/bem-estar tanto no componente afetivoemocional como no cognitivo.

O fator socioeconómico mostra maior impacto geral na saúde / bem-estar do adolescente, apesar do grau de instrução dos pais assumir relevo semelhante no componente cognitivo da saúde.

Com o evoluir da idade a influência dos fatores do estatuto familiar tendem a esbater-se. Basta um dos ascendentes estar desempregado para que os adolescentes se percecionem com índices mais baixos de saúde / bem-estar.

Quanto mais elevado o nível sociocultural das famílias melhor a saúde percebida pelos adolescentes, mas quando o nível sociocultural das famílias é demasiado elevado observa-se menor percepção da saúde / bem-estar por parte dos adolescentes.

O género masculino mostra melhor comunicação com o pai e com a mãe e sente maior monitorização do pai enquanto o género feminino sente maior monitorização da mãe.

Quanto mais fácil a comunicação com os pais e quanto mais elevada a monitorização, maior a percepção que os adolescentes têm da qualidade de vida relacionada com a saúde e da satisfação com a vida.

Tanto a monitorização como a comunicação com os pais se mostram potentes preditores do bem-estar adolescente.

A importância do contexto familiar é incontornável na saúde / bem-estar do adolescente e na sua realização feliz. As figuras maternas e paternas parecem efetivamente fulcrais

no bem-estar, na qualidade de vida, na saúde, na satisfação com a vida. Os adolescentes reclamam estas figuras para o seu desenvolvimento saudável, para lidarem com as mudanças, para se conseguirem estruturar, organizar e desenvolver para uma adultícia cada vez mais exigente. Os pais farão tanto melhor quanto conseguirem estabelecer relações de comunicação e de monitorização positivas, equilibradas, consistentes e construtivas.

A relação com os pares afeta os índices de saúde / bem-estar dos adolescentes, sobretudo no componente afetivoemocional, sendo que os resultados evidenciam o maior relevo dos colegas de turma.

Enquanto o género feminino relata maior associação entre a saúde / bem-estar e os amigos especiais, o género masculino relata maior associação entre bem-estar e colegas de turma.

Os adolescentes percebem a relação com a escola de forma tendencialmente positiva, sendo que o género masculino sente maior apoio dos colegas de turma e o género feminino gosta mais da escola e é mais vulnerável à pressão dos trabalhos da escola.

Com o aumento da idade registam-se quebras na relação com a escola e na autoperceção do bem-estar.

Há fatores ligados à escola com maior associação ao componente cognitivo de saúde / bem-estar (capacidade escolar, apoio dos professores e sentimento pela escola) e outros com maior associação ao componente afetivoemocional (pressão com os trabalhos escolares e apoio dos colegas de turma).

Com o aumento da idade observa-se um aumento do tempo de ecrã dos adolescentes portugueses.

O género feminino passa mais tempo diante da televisão, sobretudo ao fim de semana. O género masculino passa mais tempo nos jogos de ecrã e na utilização do computador seja durante os dias de escola seja ao fim de semana.

No género masculino mais tempo de ecrã durante a semana corresponde a níveis mais elevados no componente afetivoemocional de saúde / bem-estar. No género feminino, mais tempo de ecrã durante a semana associa-se com menores níveis de saúde / bem-estar no componente cognitivo e mais tempo de ecrã ao fim de semana coliga-se com menores níveis de saúde nos dois componentes.

Os adolescentes portugueses mostram diferenças intergéneros e nas distintas faixas etárias quanto à perceção da satisfação / insatisfação com o corpo e quanto à autoperceção do corpo e do aspeto, sendo que os fatores relatam uma incidência direta nos níveis de bem-estar.

O género masculino obtém melhores resultados na perceção da imagem corporal e, consequentemente na saúde / bem-estar.

Na puberdade, 11 anos no género feminino e 13 anos no género masculino, observa-se maior insatisfação com o corpo. As maiores diferenças intergéneros ocorrem aos 15 anos.

O aspeto e a satisfação / insatisfação com o corpo assumem-se como os principais preditores de saúde / bem-estar, com maior relevo no componente afetivoemocional do bem-estar.

Numa análise transversal dos estudos levados a cabo, considerando a perspetiva da amostra geral e da amostra por géneros, parece que a qualidade de relação com a escola, a qualidade da relação com os pais e a qualidade de relação com o próprio corpo se assumem como os contextos que mais afetam a perceção dos adolescentes quanto à saúde / bem-estar, tanto no componente afetivoemocional como no componente

cognitivo. A qualidade de relação com os pares também assume importante relevo, sobretudo quando se considera a relação com os colegas de turma.

A análise transversal dos estudos na perspetiva das faixas etárias indica igualmente os contextos escola, família, relação consigo próprio e com os pares como os mais determinantes da saúde / bem-estar dos adolescentes portugueses, tanto no componente cognitivo como no componente afetivoemocional.